

Inhoudsopgave

Grondslag	2
Artikel 1. Aanwijzingen.....	2
Artikel 2. Doel.....	2
Artikel 3. Reikwijdte.....	2
Artikel 4. Inwerkingtreding	2
Artikel 5. Ingetrokken beleidsregels.....	3
Artikel 6. Overgangsbepaling	3
Artikel 7. Begrippen en afkortingen.....	3
Artikel 8. Inwerkingtredingsdatum gewijzigde prestaties en tarieven	9
Artikel 9. Soorten prestaties	9
Artikel 10. DBC-zorgproducten.....	9
Artikel 11. Zorgactiviteiten	11
Artikel 12. Overige zorgproducten	23
Artikel 13. Supplementaire producten	24
Artikel 14. Eerstelijnsdiagnostiek.....	32
Artikel 15. Paramedische behandeling en onderzoek	35
Artikel 16. Overige verrichtingen	38
Artikel 17. Tariefopbouw en tariefsoorten	44
Artikel 18. Tariefberekening integrale tarieven DBC-zorgproducten en overige zorgproducten	45
Artikel 19. Aanpassingen in integraal tarief vanwege het verkorten van doorlooptijden	46
Artikel 20. Positie van solisten	48
Bijlage 1 Overzicht DBC-zorgproducten.....	50
Bijlage 2 Typeringslijsten per specialisme.....	50
Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel.....	50
Bijlage 4 Overzicht overige zorgproducten.....	50
Bijlage 5 Indicatielijst stollingsfactoren	50
Bijlage 6 Overzicht kaakchirurgie prestaties met bijbehorende puntenwaardes	50
Bijlage 7 Overzicht pathologie prestaties.....	50
Bijlage 8 Totstandkoming tarieven	50

Grondslag

Op grond van artikel 57, eerste lid, sub b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Op grond van artikel 53, sub b juncto artikel 52, sub e van de Wmg stelt de NZa de tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve vast.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
2 van 50

Artikel 1. Aanwijzingen

Op grond van artikel 59, sub a en b Wmg heeft de Minister van VWS met de brief van 27 juni 2011 (kenmerk MC-U-3070826), de brief van 25 juli 2011 (kenmerk MC-U-3073582), de brief van 30 augustus 2011 (kenmerk MC-U-3078436) en de brief van 26 juni 2012 (kenmerk MC-U-3119631) ten behoeve van deze beleidsregel aan de NZa een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg gegeven.

Daarnaast heeft de Minister, in verband met de invoering van integrale tarieven, op 21 mei 2014 een aanwijzing als bedoeld in artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven (kenmerk 371987-120847-MC).

Artikel 2. Doel

In deze beleidsregel beschrijft de NZa haar beleid met betrekking tot de vaststelling van prestaties en tarieven voor de medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

Artikel 3. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, geriatrische revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

Deze beleidsregel is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en generalistische basis GGZ, als bedoeld in de beleidsregels 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' en 'Generalistische basis GGZ', met uitzondering van de relevante GGZ-prestaties die zijn opgenomen in bijlage 4 (overige zorgproducten) behorend bij de onderhavige beleidsregel.

Artikel 4. Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2015.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel ten minste twee dagen vóór de datum van inwerkingtreding mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Artikel 5. Ingetrokken beleidsregels

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
3 van 50

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de navolgende beleidsregels ingetrokken:

- beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2134;
- beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2125;
- beleidsregel 'Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten', met kenmerk BR/CU-2049;
- beleidsregel 'Definities curatieve tweedelijns somatische zorg', met kenmerk BR/CU-2033;
- beleidsregel 'Kaakchirurgie', met kenmerk BR/CU-7083.

Artikel 6. Overgangsbepaling

De beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2134, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Dit betekent dat voor overlopende DBC-zorgproducten (DBC's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing is.

Artikel 7. Begrippen en afkortingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

7.1 Add-on

Een add-on is een overig zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct (aanhaakprestatie). Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Een add-on valt onder de categorie 'Supplementaire producten'.

7.2 Beslisboom

De beslisboom beschrijft de criteria op grond waarvan een subtraject in combinatie met zorgactiviteiten door een grouper wordt afgeleid tot een DBC-zorgproduct of uitvalproduct. De NZa stelt de beslisbomen vast.

7.3 DBC

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten.

7.4 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten via de beslisbomen. Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel DBC-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen.

7.5 DBC-zorgproductcode

Het unieke nummer van een DBC-zorgproduct dat bestaat uit negen posities. De code is opgebouwd uit een DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen een DBC-zorgproductgroep (drie posities).

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
4 van 50

7.6 DBC-zorgproductgroep

Een DBC-zorgproductgroep is een verzameling van DBC-zorgproducten. Deze is geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD-10 diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke DBC-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.

7.7 DBC-zorgproductgroepcode

Een zescijferige code van de DBC-zorgproductgroep, waar een DBC-zorgproduct tot behoort.

7.8 Declaratiedataset

De verzameling van gegevens die nodig is om de geleverde zorg af te leiden uit de grouper.

7.9 Diagnose-combinatietabel

Een niet-limitatieve opsomming van diagnoses waarvoor geen parallelle DBC-zorgproducten mogen worden gedeclareerd.

7.10 Eigen patiënt

Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen¹ van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

7.11 Eigen zorgverlener

Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen² van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

7.12 Gereguleerd segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

7.13 Grouper

Een applicatie in een beveiligde omgeving die op basis van een aangeleverde declaratiedatasets DBC-zorgproducten en add-ons afleidt conform de door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen.

¹ Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

² Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

7.14 Hoofdbehandelaar

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
5 van 50

7.15 Hoofddiagnose ICD-10

De hoofddiagnose ICD-10 is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.

7.16 ICD-10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses waarmee de zorgaanbieder alle ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig kan registreren.

7.17 Instelling

Instelling als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder nummer:

- 1 (instelling voor medisch specialistische zorg);³
- 2 (audiologische centra);
- 3 (trombosediensten);
- 13 (instelling voor erfelijkheidsadviesing);
- 18 (instellingen voor verpleging), voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren,

van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

7.18 Integraal tarief

Tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgverlener in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie.

7.19 Kostendrager

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

7.20 Macro kader medisch specialistische zorg

Financieel kader vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). VWS stelt jaarlijks één integraal macrokader vast voor zorgverleners van medisch specialistische zorg.⁴

7.21 Maximumtarief

Bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, dat ten hoogste als tarief voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.

³ In het kader van deze beleidsregel worden hieronder verstaan: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.

⁴ VWS stelt voor de geriatrische revalidatiezorg een apart macrokader vast.

7.22 Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en generalistische basis GGZ.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
6 van 50

7.23 Onderlinge dienstverlening

Overeenkomst tussen twee of meer zorgaanbieders die betrekking heeft op het leveren van zorg aan een patiënt tegen een onderling overeen te komen tarief, waarbij één van de zorgaanbieders optreedt als eigen zorgverlener voor de patiënt en uitsluitend deze eigen zorgverlener gerechtigd is om, voor de in het kader van die overeenkomst geleverde zorg als (onderdeel van een) prestatie, een tarief bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.

7.24 Ondersteunend specialist

Een ondersteunend specialist is een specialist die niet als poortspecialist fungeert. Een ondersteunend specialist voert medisch specialistische handelingen uit in het kader van het zorgtraject van een poortspecialist en heeft geen eigen zorgtraject.

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel fungeren als poortspecialist en is er sprake van een eigen zorgtraject, namelijk bij radiologie (0362), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390). Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie (0362), nucleaire geneeskunde (0363), klinische chemie (0386), medische microbiologie (0387), pathologie (0388), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).

7.25 Overig zorgproduct (OZP)

Een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

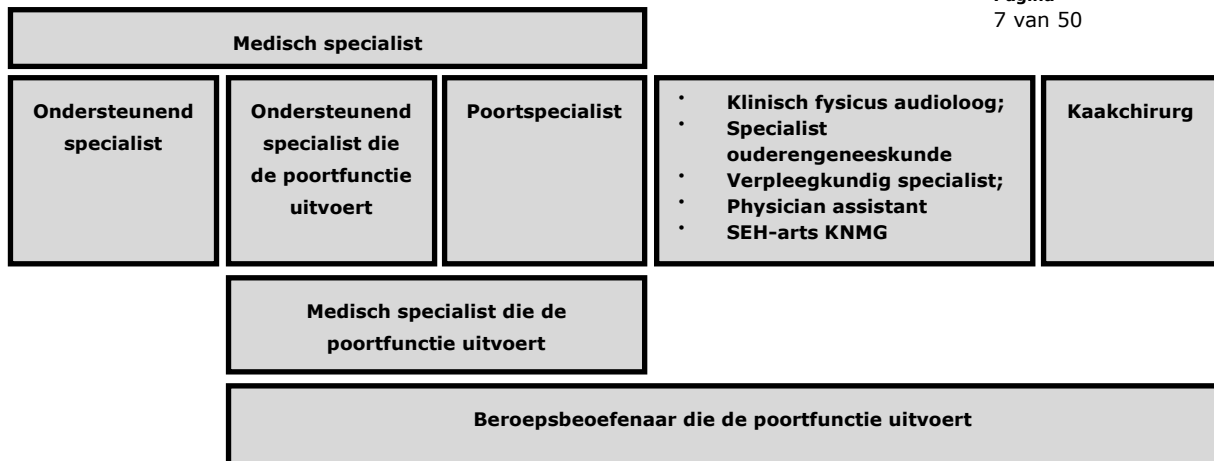
7.26 Poortfunctie

Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390).⁵ Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

Voor de meeste zorgaanbieders die de poortfunctie kunnen uitvoeren, zijn door de NZa typeringslijsten vastgesteld. Indien er geen typeringslijst beschikbaar is voor een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, kan gebruik gemaakt worden van de typeringslijst van een ander specialisme voor dat type van zorg.

De zorgaanbieder die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

⁵ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

Figuur 1 Overzicht beroepsbeoefenaren

Bron: NZa

7.27 Poortspecialist

Een poortspecialist is de medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heekunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatologie (0316), gastro-enterologie/MDL (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361).

In sommige gevallen kan een poortspecialist ook als ondersteunend specialist werken (bijvoorbeeld internist die (diagnostische) scopie uitvoert).

7.28 Prestatie

Prestatiebeschrijving als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder d, van de Wmg.

7.29 Solist

Solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch specialistische zorg verleent.

7.30 Specialist ouderengeneeskunde

De zorgaanbieder die als specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de 'Huisarts en Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratiecommissie' (HVRC).

7.31 Subtraject

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten. Dat moment wordt bepaald door de sluitregels in het hoofdstuk Registreren van de regeling medisch specialistische zorg. Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een (DBC-)zorgproduct of een uitvalproduct. Een zorgtraject bestaat uit één of meerdere subtrajecten.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
8 van 50

7.32 Typeringslijst

Overzicht per medisch specialisme of type van zorg waarop de voor het betreffende specialisme (type van zorg) toegestane componenten binnen de DBC-registratie zijn weergegeven.

7.33 Uitvalproduct

Een combinatie van subtraject en zorgactiviteiten die niet leidt tot een declarabel DBC-zorgproduct.

7.34 Verpleeghuis

De zorginstelling die is toegelaten voor de functie verblijf in combinatie met behandeling.

7.35 Vrij segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

7.36 Vrij tarief

Tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg, dat voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.

7.37 Zorgaanbieder

Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.

7.38 Zorgactiviteit

De zorgactiviteiten zijn de bouwstenen van het DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct. Ze bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

7.39 Zorgproduct

Een aanduiding van prestaties binnen de medisch specialistische zorg. Zorgproducten zijn onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.

7.40 Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

7.41 Zorgtraject

Een zorgtraject typeert het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele subtrajecten.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
9 van 50

7.42 Zorgverlener

Instelling of solist.

Het begrip 'zorgverlener' is in deze betekenis geïntroduceerd om te voorkomen dat steeds de opsomming 'instelling en solist' moet worden gebruikt (m.n. in het kader van het declaratierecht van belang).

Artikel 8. Inwerkingtredingsdatum gewijzigde prestaties en tarieven

De NZa kan besluiten om prestaties en tarieven die op grond van deze beleidsregel zijn vastgesteld met terugwerkende kracht te wijzigen, indien zich één of meer van de volgende uitzonderingen voordoen:

- de wijzigingen zijn voor veldpartijen voorzienbaar geweest;
- er is sprake van het herstellen van een kennelijke misslag.

Artikel 9. Soorten prestaties

De zorgprestaties binnen de medisch specialistische zorg zijn onderverdeeld in:

- DBC-zorgproducten;
- Overige zorgproducten.

Artikel 10. DBC-zorgproducten

Een DBC-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener. Hiervoor geldt met ingang van 1 januari 2015 een integraal tarief.⁶ De DBC-zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 1.

10.1 DBC-zorgproductgroep

DBC-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende DBC-zorgproductgroepen. De basis voor deze indeling zijn de hoofd- en subhoofdstukken van de ICD-10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot DBC-zorgproducten. Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD-10 hoofdstukken. Een aantal DBC-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD-10. Deze worden ook wel de PreMDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de PreMDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD-10 hoofdstukken.

10.2 DBC-zorgproductcode

Voor declaratiedoeleinden wordt een DBC-zorgproduct voorzien van een DBC-zorgproductcode met negen posities, samengesteld uit de DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).

⁶ Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan, tenzij in deze beleidsregel is bepaald dat naast het DBC-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add-on, mag worden gedeclareerd.

10.3 DeclaratiecodeKenmerk
BR/CU-2136Pagina
10 van 50

Aan elke DBC-zorgproductcode wordt een declaratiecode⁷ verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht.⁸ De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities informatie geven over het segment. Daarnaast geven de eerste twee posities een signalering weer of aanspraak vanuit de basisverzekering van toepassing is (zie tabel 1).

Tabel 1. Declaratiecode

	Gereguleerd segment	Vrij segment
Aanspraak vanuit Basisverzekering	14xxxx	15xxxx
Geen aanspraak basisverzekering	16xxxx	17xxxx
Onder voorwaarden aanspraak basisverzekering	14xxxx / 16xxxx	15xxxx / 17xxxx

10.4 Subtraject

Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de prestatiebeschrijving wordt binnen een subtraject een drietal componenten onderscheiden. Deze componenten worden door de hoofdbehandelaar getypeerd op basis van de door de NZa vastgestelde typeringslijsten per specialisme. Deze componenten zijn:

- zorgtype;
- zorgvraag;
- diagnose.

De typeringslijsten per specialisme zijn opgenomen in bijlage 2.

10.4.1 Zorgtype

De volgende zorgtypes worden onderscheiden:

- Zorgtype 11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
- Zorgtype 21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
- Zorgtype 13: subtraject bij een intercollegiaal consult (ICC). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
- Zorgtype 51: subtraject voor opname op de IC en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- Zorgtype 52: subtraject voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- Zorgtype 41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek en prenatale screening.

⁷ De declaratiecode behorend bij het DBC-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

⁸ Bij één declaratiecode kunnen (onder een eventueel maximumtarief) meerdere prijsafspraken worden gemaakt (prijsdifferentiatie).

10.4.2 Zorgvraag

Bij enkele specialismen speelt de component zorgvraag⁹ een rol bij het afleiden van een subtraject. Het gaat om de specialismen: plastische chirurgie, urologie, kindergeneeskunde/neonatalogie, revalidatiegeneeskunde en consultatieve psychiatrie. Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
11 van 50

10.4.3 Diagnose

De component diagnose wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met de diagnose die de geleverde zorg over de periode van het subtraject het beste typeert. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Artikel 11. Zorgactiviteiten

Om te komen tot een declarabel DBC-zorgproduct zijn naast een subtraject dat voldoet aan de afleidingsvoorwaarden, ook de zorgactiviteiten van belang. De NZa heeft de zorg onderverdeeld in zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten bestaan uit een unieke zorgactiviteitcode en zijn enkelzijdig omschreven. De geldende zorgactiviteiten zijn opgenomen in de zorgactiviteitentabel in bijlage 3.

De zorgactiviteiten zijn de bouwstenen van een DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct. Ze bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd.

Voor de volgende zorgactiviteiten gelden specifieke omschrijvingen en/of aanvullende voorwaarden.

11.1 Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060 en 190063)¹⁰

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007 en 190060) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008 en 190013) moet sprake zijn van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een klinische patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- enkel uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;

⁹ De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

¹⁰ Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

- consult of spreekuur met een groep patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);
- telefonisch consult.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
12 van 50

Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.

11.1.1 Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd.

Deze raadpleging is gericht op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

11.1.2 Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

11.1.3 Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties (190063)

Intensief consult tussen poortspecialist en patiënt met een hoge ouderdom of een beperkte levensverwachting, vanwege (combinaties van) infauste prognose, multimorbiditeit, ernstige fysieke en/of cognitieve beperkingen. Dit intensieve consult is bedoeld om samen met de patiënt en eventueel de sociale omgeving van de patiënt (op basis van 'shared decision making') de overwegingen van de patiënt te bespreken over het al dan niet staken of starten van een curatieve of levensverlengende behandeling.

Dit consult kan worden geregistreerd als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Er is sprake van face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (niet zijnde arts-assistent).
- Er is sprake van een consult van minimaal 30 minuten direct patiëntgebonden tijd.
- Dit gesprek wordt binnen enkele weken opgevolgd door een regulier consult om te komen tot een afgewogen besluit.¹¹
- Er dient op verifieerbare wijze in het medisch dossier zijn te herleiden welke opties van wel en niet behandelen zijn voorgelegd.
- Dit consult en de uitkomst wordt ten minste ook schriftelijk teruggekoppeld aan de huisarts.

Deze activiteit kan niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

¹¹ Indien de patiënt in de tijd tussen het intensieve consult en het reguliere consult komt te overlijden geldt een uitzondering. In dat geval kan het intensieve consult niet opgevolgd worden door een regulier consult.

11.2 Ambulante behandeldag GRZ (194805)**Kenmerk**
BR/CU-2136**Pagina**
13 van 50

Een controlebezoek of een beperkt aantal uren durende vorm van (groeps-)behandeling in een zorginstelling, waarbij de patiënt geen gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten.¹² De ambulante behandeldag is gepland en noodzakelijk in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde. De behandeling vindt plaats in aansluiting op een intramurale opname of dagbehandeling. Per dag dat de patiënt ambulante wordt behandeld, wordt één zorgactiviteit ambulante behandeldag GRZ geregistreerd. Naast de ambulante behandeldag moet de patiëntgebonden behandeltime van minimaal twee verschillende behandel disciplines vastgelegd worden. Indien op de betreffende dag geen behandeling plaatsvindt door twee of meer verschillende behandel disciplines mag de zorgactiviteit niet geregistreerd worden.

11.3 Screen-to-screen beeldcontact ter vervanging van een fysiek herhaalconsult (190019)

Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent) of SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert middels een video verbinding. Dit consult dient ter vervanging van een face-to-face herhaalpolikliniekbezoek.

11.4 Dagverpleging (190030 en 190090)

Een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar¹³ en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling.¹⁴

11.5 Langdurige observatie zonder overnachting (190091)¹⁵

Een niet geplande vorm van verpleging, met als doel observatie van de patiënt, op een voor verpleging ingerichte afdeling. Elke observatie omvat ten minste een systematische controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Deze controles dienen bij herhaling c.q. meerdere keren met tussenpozen plaats te vinden. Het doel van de observatie is het bepalen van het verdere medische beleid en moet te herleiden zijn uit het medisch dossier.¹⁶ Een langdurige observatie duurt minimaal vier aaneengesloten uren.

¹² Er is sprake van een verblijf indien is voldaan aan de definitie van een verpleegdag.

¹³ Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland).

¹⁴ Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag worden geregistreerd.

¹⁵ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

¹⁶ Deze kenmerken maken ten minste een vanzelfsprekend deel uit van elke observatie. De verleende zorg dient dus in ieder geval deze kenmerken te omvatten, ongeacht hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders het begrip observatie verder afbakenen.

11.6 Intensieve, niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting (190296)

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
14 van 50

Intensieve, niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting (190296) kan worden vastgelegd onder de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een opname van minimaal 6 uur op een voor verpleging ingerichte afdeling.
- Er sprake van continue verpleegkundige zorg.

Van deze voorwaarden kan worden afgeweken als hierover een contractuele overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Wanneer op twee achtereenvolgende kalenderdagen deze zorgactiviteit wordt vastgelegd bij een aantal specifieke diagnoses (3202, 3208, 3210, 3303, 3308, 3317, 3320, 3327, 3328, 4110, 4112, 4113, 7101, 7112, 7199, 7110, 7405, 7606 en 8910) wordt er een 'kort klinisch' product afgeleid.

11.7 Klinische opname (190021)

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen¹⁷ worden geregistreerd. Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door (een) afwezigheidsdag(en)) kan slechts één 'klinische opname' (190021) worden geregistreerd. Interne verplaatsingen worden niet als nieuwe opnamen gerekend.

Overplaatsing naar een ander ziekenhuis wordt wel als een nieuwe opname voor het opnemende ziekenhuis gerekend.

11.8 Verpleegdag (190200, 190218 en 194804)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat).¹⁸ Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek of spoedeisende hulp.¹⁹

Toelichting

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd dient te worden (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan). Deze voorbeelden kunnen ook gebruikt worden bij meerdere overnachtingen tijdens een klinische opname. Dan gelden dezelfde grenzen.

¹⁷ Voor de definitie van een verpleegdag zie artikel 11.8.

¹⁸ De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

¹⁹ Een nadere toelichting op de definitie van verpleegdag is opgenomen in circulaire CI/12/63c.

Tabel 2. Voorbeelden bij het begrip overnachting

Opnametijd patiënt X	Ontslagtijd Patiënt X	Aantal verpleegdagen binnen DOT
Voor 20.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	2
Na 20.00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	1
Na 00.00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x	0
Na 00.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x	0

11.9 Verpleegdag instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij ziekenhuisindicatie (190089)

Registratie eenheid voor een verpleegdag in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij een ziekenhuisindicatie. Deze zorgactiviteit kan worden vastgelegd indien een patiënt in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg verblijft, maar de overdracht van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert naar de specialist ouderengeneeskunde nog niet heeft plaats gevonden. De instelling voor medisch specialistische zorg registreert deze zorgactiviteit naast een reguliere verpleegdag als onderdeel van het medisch specialistische behandeltraject. De instelling voor geriatrische revalidatiezorg kan deze zorgactiviteit ook registreren, maar mag hiernaast geen reguliere verpleegdag vastleggen.

11.10 Afwezigheidsdag (190034 en 194809)

De kalenderdag volgend op de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft wordt aangemerkt als afwezigheidsdag, indien geen sprake is van definitief ontslag. Het betreft een geplande afwezigheid van ten hoogste drie dagen, waarbij iedere kalenderdag waarop de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft geregistreerd wordt als zijnde afwezigheidsdag. Het is niet toegestaan om voor één kalenderdag zowel een afwezigheidsdag als een verpleegdag te registreren.

Afwezigheidsdagen (190034) volgend op een preoperatieve screening worden niet als afwezigheidsdag (of verpleegdag) aangemerkt. Indien geen terugkeer naar de instelling plaatsvindt tijdens of na afwezigheidsdagen vervalt de mogelijkheid om hiervoor een afwezigheidsdag te registreren.

11.11 ATLS traumaopvang - diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS gecertificeerd medisch specialist (039676)

De opvang/screening van traumapatiënten volgens de ATLS systematiek door een medisch specialist die bevoegd en bekwaam is in het diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties.

11.12 Cochleaire implantaten (pre-)implantatie (031903 en 031905)**Kenmerk**
BR/CU-2136**Pagina**
16 van 50

Een zorgactiviteit 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij volwassenen' (031903) en 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij kinderen' (031905) mag uitsluitend door één zorgaanbieder worden geregistreerd op de dag van implantatie.

11.13 Nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)

Een zorgactiviteit 'cochleaire implantaten nazorg volwassenen' (031904) en 'cochleaire implantaten nazorg kinderen' (031906) mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal per 120 dagen worden geregistreerd op de dag van een polikliniekbezoek of een consult door de audioloog.

11.14 Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397 en 192042)

Een zorgactiviteit voor nazorg na orgaantransplantaties (039385 t/m 039397 en 192042) mag per instelling door één hoofdbehandelaar eenmaal per 120 dagen per transplantatie worden geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact in het kader van de nazorg.

11.15 Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087 en 192098) na stamceltransplantatie mag uitsluitend door één zorgaanbieder gedurende maximaal 3 subtrajecten na een transplantatie worden geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact in het kader van de nazorg.

11.16 Modulen complex chronisch longfalen (193200 t/m 193294)

De DBC-zorgproducten voor de long/astma centra kenmerken zich door de modulaire systematiek, welke een separaat ontwikkeltraject hebben doorlopen. De modulen (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De keuzes in de behandeling worden zichtbaar in de registratie van de modulen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodulen (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modulen (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria).

11.17 Patiëntgebonden behandel tijd (194815 t/m 194842)

De (directe en indirecte) patiëntgebonden behandel tijd voor een geriatrische revalidant, in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan voor een revalidant. Onder revalidant kan eveneens worden verstaan een persoon die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld een lid van het patiëntstelsel (partner, familie etc.). De patiëntgebonden behandel tijd wordt per tijdseenheid van 5 minuten door de behandelaar vastgelegd.²⁰

²⁰ Voor de vastlegging van de specifieke activiteiten van de verpleging is een zestal specialistische verpleegkundige zorgactiviteiten beschikbaar, waarbij alleen de direct patiëntgebonden tijd wordt vastgelegd en niet de indirect patiëntgebonden tijd.

11.18 Hartteambespreking (039679)Kenmerk
BR/CU-2136Pagina
17 van 50

Een bespreking van een patiënt in een instelling met een WBMV-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie, waarbij de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden, met als doel te beoordelen welke patiënt welke ingreep moet ondergaan. Het gaat om een patiënt die niet onder behandeling is bij het specialisme waar de patiënt besproken wordt. Het betreft besprekingen in het kader van cardiochirurgie, interventiecardiologie en electrofysiologie.

11.19 Preassessment (039696)

Een preoperatief onderzoek, uitgevoerd door een anesthesist, met als doel voorafgaand aan een ingreep een risico inventarisatie van de patiënt uit te voeren en daarmee risico reductie te bewerkstelligen bij patiënten die in dagverpleging of in klinisch setting worden geopereerd. Deze activiteit maakt onderdeel uit van het zorgprofiel van de operateur. Er kan geen polikliniekbezoek voor deze activiteit worden geregistreerd.

11.20 Klinisch peri-operatieve zorg (039693)

Preoperatief onderzoek, peri-operatieve begeleiding en postoperatieve zorg door een cardioloog of een longarts. Een cardioloog kan deze zorgactiviteit registreren tijdens de opname van een cardiochirurgische patiënt in een instelling met een WBMV-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie. Dit mag alleen in combinatie met een hartoperatie. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de thoraxchirurg. Een longarts kan deze zorgactiviteit registreren tijdens de opname van een oncologisch chirurgische patiënt in een instelling. Dit kan alleen in combinatie met een oncologische longoperatie. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de chirurg.

11.21 Multidisciplinair overleg (190005)

Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd²¹ en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking.

11.22 Overleg palliatieve zorg (190006)

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.

²¹ Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair overleg telt dit als één AGB-specialisme. Per multidisciplinair overleg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

11.23 Multidisciplinair consult (190010)Kenmerk
BR/CU-2136Pagina
18 van 50

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd²² en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct.

11.24 Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (190015)

Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

11.25 Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (190016)

Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op een andere afdeling dan de spoedeisende hulp. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

11.26 Klinisch intercollegiaal consult (ICC) (190009)

Een diagnostisch of screenend contact van een poortspecialist op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

11.27 Medebehandeling (190017)

Er is sprake van medebehandeling wanneer een poortspecialist een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent) in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

11.28 Analyse behandeladvies en / of behandeling elders opgesteld en / of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (190022)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant, in het kader van een beoordeling van een door een medisch specialist gestelde diagnose / voorgestelde behandeling door een tweede onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme / vakgebied als de eerste geconsulteerde medisch specialist in een andere instelling. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

²² Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair consult telt dit als één AGB-specialisme. Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

11.29 Follow-up neonatale IC (190049)Kenmerk
BR/CU-2136

Een polikliniekbezoek in het kader van protocol neonatologie (langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

Pagina
19 van 50**11.30** Follow-up pediatrie IC (190029)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een patiënt met een PICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

11.31 Intakecontact (193126)

Individuele intake voor enkel- of meervoudige longrevalidatie, bestaande uit een intakegesprek en een inspanningstest.

11.32 Informatiemodule (193127)

Informatiemodule voor het enkel- of meervoudige hartrevalidatie / longrevalidatie programma. De module bestaat uit vier informatiesessies door respectievelijk een cardioloog/longarts, een psycholoog, een diëtist en een maatschappelijk werker of verpleegkundige, voor een groep patiënten.

11.33 Behandelsessie FIT-Module met minder dan tien sessies (193128) of (meer dan) tien sessies (193129)

De bewegingsmodule FIT van het enkel- of meervoudige longrevalidatieprogramma bestaat uit een aantal sessies van ieder minimaal vijf kwartier onder begeleiding van minimaal twee fysiotherapeuten met optionele inspanningstest.

11.34 Behandelsessie FIT – in het kader van FIT module hartrevalidatie (193140)

De behandelsessie FIT van het hartrevalidatieprogramma bestaat uit een sessie van minimaal vijf kwartier onder begeleiding van minimaal twee fysiotherapeuten met optionele inspanningstest.

11.35 Behandelsessie PEP – in het kader van PEP module hartrevalidatie (193141)

De behandelsessie PEP van het meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een sessie van twee uur in groepsverband onder begeleiding van een psycholoog en een coördinator.

- 11.36** Algehele anesthesie bij specialistisch onderzoek en bij verrichtingen, waarvoor geen anesthesie staat vermeld (039090)

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
20 van 50

Als deze zorgactiviteit wordt uitgevoerd binnen DBC-zorgproducten voor kindergeneeskunde longgeneeskunde (zorgproductgroep 990616) geldt dat deze zorgactiviteit alleen mag worden vastgelegd als er een CT-scan, MRI-scan of een PET-scan van de thorax of luchtwegen onder totale narcose wordt uitgevoerd.

- 11.37** High risk voedselprovocatietest met infuus en monitorbewaking bij kinderen (039107)

De zorgactiviteit wordt geregistreerd bij het aanleggen van het infuus voor de high risk voedselprovocatietest.

- 11.38** Behandeling met methotrexaat (MTX) bij kinderen (039138)

De zorgactiviteit wordt per toediening geregistreerd.

- 11.39** Echografie hart door kindercardioloog of cardex (039472)

De zorgactiviteit wordt geregistreerd bij verdenking op een kindercardiologische aandoening of bij een niet complexe, niet topreferente kindercardiologische aandoening. Hierbij moet echografische beeldvorming worden uitgevoerd, geïnterpreteerd en beoordeeld. De zorgactiviteit kan alleen worden uitgevoerd door een kindercardioloog of door een kinderarts die is opgeleid in de non-invasieve kindercardiologische diagnostiek en echocardiografie en is geregistreerd bij de sectie kindercardiologie (Cardio-expert).

- 11.40** Echografie hart complex door kindercardioloog (039473)

Uitgebreide echocardiografie bij een kind met een reeds geconstateerde topreferente kindercardiologische aandoening, uitgevoerd en beoordeeld door een kindercardioloog. Er vindt gedetailleerde beeldvorming, interpretatie en verslaglegging van de cardiale anatomie en functie plaats. De duur van het echo-onderzoek is minimaal 30 minuten, waarbij gebruik gemaakt wordt van technologisch geavanceerde echocardiografieapparatuur.

Onder de zorgactiviteit omschrijving 'echografie hart complex door kindercardioloog' vallen ook echo-onderzoeken met analyse en beoordeling van TDI, strain, en strain rate imaging, 4D-echocardiografie, contrast echocardiografie, dobutamine stress echocardiografie en echocardiografie onder sedatie bij kinderen.

- 11.41** Opvang van het kind door kinderarts bij sectio caesarea (039508)

De opvang van het kind door de kinderarts in het kader van een klinische opname voor niet-complexe zorg neonatologie.

- 11.42** Begeleiding bij chronische totale parenterale voeding (TPV) (039578)

Controle van patiënt onder 18 jaar op thuis TPV, inclusief reguliere laboratoriumcontroles door MDL-kinderarts. De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

11.43 Afname en beoordeling trilhaarbiopten door kinderlongarts (039617)

Zorgactiviteit wordt geregistreerd bij kinderen met verdenking op ciliopathie.

11.44 Uitvoeren handelingsprotocol postmortaal wiegendood (039619)

De procedure volgens het handelingsprotocol na wiegendood van de landelijke werkgroep wiegendood.

11.45 Uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door kinderarts subspecialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624 en 039630)

Deze zorgactiviteiten worden door de genoemde kinderarts-subspecialist geregistreerd bij een topreferente casus van een subspecialistische aandoening bij kinderen. Hierbij moet ingewikkelde diagnostiek worden uitgevoerd, geïnterpreteerd, beoordeeld, begeleid en/ of bewaakt wat niet door een algemeen kinderarts kan worden gedaan.

Bij een niet-topreferente patiënt van het betreffende subspecialisme kan deze zorgactiviteit niet worden geregistreerd. Bij patiënten met klachten die ook door een algemeen kinderarts behandeld kunnen worden, mag deze zorgactiviteit niet geregistreerd worden.

11.46 Begeleiding van kinderen bij de toediening van bloedtransfusies (039626)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij begeleiding van kinderen bij toediening van bloedtransfusies door een kinderarts in samenwerking met een tertiair centrum kinderhematologie of kinderoncologie.

11.47 Begeleiding van kinderen met insulinepomp zonder sensor (039627)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij kinderen met type 1 diabetes met discontinue insuline toediening door middel van injectie.

11.48 Begeleiding van kinderen met insulinepomp met sensor (039628)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor kinderen waarbij aan de randvoorwaarden moet zijn voldaan zoals omschreven in het rapport 'Continue glucose monitoring' van het Zorginstituut.

11.49 Instellen of reguleren stollingsfactoren bij kinderen met ernstige stollingsstoornissen (039631)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij patiënten met een factor VIII of IX (<5%) of bij patiënten met een van Willebrand factor (<35%).

11.50 Instellen metabool dieet (039637)

De zorgactiviteit wordt eenmalig geregistreerd wanneer op een metabool dieet wordt overgegaan.

11.51 Bijstellen metabool dieet (039638)

De zorgactiviteit wordt geregistreerd wanneer het metabool dieet wordt gewijzigd.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
22 van 50

11.52 Klinisch peri-operatieve zorg longchirurgie bij kinderen in verband met congenitale longproblematiek (039695)

De zorgactiviteit wordt eenmalig per operatie geregistreerd.

11.53 Aansturen door kinderarts van multidisciplinair team met medisch specialisten van 3 verschillende AGB-specialismen (190003)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij het aansturen door de kinderarts van een multidisciplinair team met medisch specialisten van drie verschillende AGB-specialismen. De patiënt is door alle drie de AGB-specialismen afzonderlijk gezien en hiervan is verslag gedaan. Integratie cq. beleid op basis van de bevindingen en verslag hiervan wordt gedaan door de kinderarts.

Deze zorgactiviteit mag door de aansturende kinderarts niet naast de zorgactiviteit Multidisciplinair overleg (190005) worden geregistreerd voor dezelfde zorgvraag.

11.54 SKION stratificatie (193900 t/m 193904)

Een zorgactiviteit voor een door SKION afgegeven stratificatie licht, middel of zwaar mag eenmaal per 120 dagen worden geregistreerd op de dag van een polikliniekbezoek.

11.55 Wondexcisie en wondtoilet (038941 t/m 038943)

Een zorgactiviteit voor wondexcisie en wondtoilet mag alleen geregistreerd worden indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van locaalanesthesie, inspectie, reiniging, en
- Er is sprake van excisie en/of hechting van de wond(en).

Artikel 12. Overige zorgproducten

De prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd. Overige zorgproducten bestaan uit vier hoofdcategorieën, met daaronder subcategorieën, die zijn weergegeven in tabel 3.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
23 van 50

Tabel 3. Onderverdeling overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-on duur geneesmiddel
	Add-on weesgeneesmiddel
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Prenatale screening
	Trombosemeting
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadvisering
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Onderlinge dienstverlening
	Regiefunctie complexe wondzorg
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen
	Verpleging in thuissituatie

De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 4.

Overige zorgproducten die in combinatie met een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden vallen onder de categorie 'supplementaire producten'. Een aantal producten uit deze categorie kunnen zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
24 van 50

Overige zorgproducten die niet in combinatie met een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden vallen in één van de hoofdcategorieën: eerstelijnsdiagnostiek of paramedische behandeling en onderzoek.

Een overig zorgproduct uit de categorie overige verrichtingen kan geen onderdeel uitmaken van het profiel van een DBC-zorgproduct.

Artikel 13. Supplementaire producten

De categorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden. Supplementaire producten zijn onderverdeeld in vijf subcategorieën (zie tabel 4).

Tabel 4. Onderverdeling supplementaire producten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-on duur geneesmiddel
	Add-on weesgeneesmiddel
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren

13.1 Add-ons Intensive Care (IC)

Add-ons IC zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd. De Add-ons IC zijn onderverdeeld in de volgende prestaties:

- IC-behandeldag, ingedeeld in licht, middel en zwaar;
- IC-toeslag voor dialyse op de IC;
- IC-transport, ingedeeld in interklinisch transport en MICU transport korter en langer dan twee uur;
- IC consult;
- Neonatale en pediatrie intensive care zorg;
- ECMO-toeslag voor Extra Corporele Membraan Oxygenatie (ECMO) bij behandeling op Neonatale IC of Pediatrie IC.

Het tarief voor de IC-behandeldag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op IC patiënten die behandeld worden op de IC.

Welke IC-behandeldag (licht, middel of zwaar) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen IC-behandeldag licht in rekening worden gebracht.

Add-ons IC worden geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.

De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons IC²³:

- Zorgtype 51: zorgtrajecten voor opname op de IC en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist. De add-on IC is gekoppeld aan het DBC-zorgproduct van deze poortspecialist.²⁴
- Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
25 van 50

13.1.1 Prestatiebeschrijvingen add-ons IC

IC-behandeldag licht, middel of zwaar (190153, 190154 en 190155)
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een IC patiënt, ingedeeld in behandeldag licht, middel of zwaar.

Niet als behandeldag wordt geteld het post-operatief onderbrengen van een patiënt zonder IC-indicatie op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling²⁵, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Dialyse toeslag (190156)

Deze toeslag geldt per dialysedag. Een dialysedag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt onder eindverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De dialyse toeslag kan alleen naast de IC behandeldag (190153, 190154 en 190155) worden gedeclareerd. De dialysetoeslag mag niet gedeclareerd worden als de uitvoering plaatsvindt vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse DBC-zorgproduct.

IC-consult (190129)

Een intercollegiaal consult, uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC-afdeling (spoed en niet-spoed). Het consult moet aangevraagd zijn door een specialist (of andere beroepsbeoefenaar die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling spoedeisende hulp). In geval van acute dreigende medische calamiteit kan dit consult ook ongevraagd plaatsvinden.²⁶

Interklinisch transport < 2 uur of ≥ 2 uur (190130 en 190131)

De begeleiding door een IC-arts of intensivist van een patiënt die vervoerd wordt van de IC van het ene ziekenhuis naar de IC van een ander ziekenhuis, waarbij het vervoer, inclusief de wachttijd op de ambulance, de overdracht in het ontvangende ziekenhuis en de terugreis korter duurt dan twee uur respectievelijk gelijk is aan of langer duurt dan twee uur. De geldende prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen voor interklinisch transport staan in de beleidsregel 'Regionale ambulancevoorziening'.

²³ Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject.

²⁴ Het zorgtype 51 kan tevens gebruikt worden voor het koppelen van zorgactiviteiten van ondersteuners (zowel anesthesist als poortspecialist in de rol van ondersteuner) aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

²⁵ Dit geldt ook voor de Post Anesthesia Care Unit (PACU).

²⁶ Indien een IC-consult leidt tot een IC-behandeldag (op dezelfde kalenderdag) mag er geen IC-consult worden geregistreerd.

MICU-transport < 2 uur of ≥ 2 uur (190132 en 190133)

Begeleiding van het transport van een IC-patiënt van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis door een Mobile Intensive Care Unit (MICU)-team, bestaande uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige, waarbij het vervoer wordt uitgevoerd met behulp van een MICU, bestaande uit een MICU-trolley en een IC-ambulance en waarbij de wachttijd, de overdracht en de terugreis korter duren dan twee uur respectievelijk gelijk zijn aan of langer duren dan twee uur.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
26 van 50

Neonatale intensive care (190150)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de neonatale IC van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling neonatologie.

Pediatrische intensive care (190151)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de pediatrische IC.

ECMO-toeslag (039611)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op de neonatale IC of pediatrische IC. De therapie wordt uitgevoerd in aansluiting op een cardiale chirurgische of bij pulmonale of niet-operatieve cardiale problematiek waarbij de kwaliteitsindicator voorschrijft dat er minimaal 1x per maand een ECMO therapie op neonatale IC of pediatrische IC moet worden uitgevoerd. De therapie start bij de voorbereiding van de canulatie (12 uur voorafgaand aan ECMO) en eindigt 24 uur na decanulatie.

13.2 Add-on geneesmiddelen

Als hoofdregel voor de bekostiging van een geneesmiddel in de medisch specialistische zorg geldt dat dit geneesmiddel niet apart, maar als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct dient te worden gedeclareerd. Dit geldt voor DBC-zorgproducten in het vrije en het gereguleerde segment. Omdat de kosten van behandeling met een geneesmiddel sterk kunnen variëren op individueel niveau en een geneesmiddel daarnaast bij verschillende indicaties (en dus bij verschillende DBC-zorgproducten) kan worden ingezet, zou dit kunnen leiden tot kosteninhomogeniteit van één of meerdere DBC-zorgproducten waarbij dit middel wordt voorgeschreven. Om in dergelijke situaties negatieve gevolgen van kosteninhomogeniteit te voorkomen is - in afwijking van de hoofdregel - voor bepaalde geneesmiddelen, welke voldoen aan hierna te noemen criteria, een aparte declaratietitel gecreëerd: een add-on.

De NZa stelt voor combinaties van stofnamen (werkzame stof) en indicaties van geneesmiddelen add-ons vast. Een add-on geneesmiddel is een overige zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd. De lijst met add-ons is opgenomen in de bijlage bij de Prestatie- en tariefbeschikking add-on geneesmiddelen (hierna 'add-on lijst').

Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam én de indicatie waarvoor deze stofnaam wordt gebruikt is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel als add-on declareren.

Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam niet is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam wel is opgenomen op de add-on lijst, maar de indicatie van de patiënt niet is opgenomen bij deze stofnaam op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
27 van 50

Het proces van beoordeling tot vaststelling van opname en verwijdering van stofnamen en/of indicaties van de add-on lijst wordt in de volgende paragrafen beschreven.

Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on voor een geneesmiddel is geen duiding van een aanspraak of recht op vergoeding voor een individuele patiënt.

13.2.1 Prestatiebeschrijving

Een add-on prestatie wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram, units (E) of megabecquerel (MBq) per toedieningsvorm (bijvoorbeeld infusiepoeder of injectievloeistof) per patiënt per verstrekking.

De gebruikte hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Voorbeeld

- Voorgeschreven hoeveelheid: 32 mg
- Verpakkingseenheid: 5 mg
- Gebruikte hoeveelheid per patiënt per keer indien een andere patiënt niet met dezelfde verpakking kan worden behandeld: 35 mg
- Gebruikte hoeveelheid indien een andere patiënt met de resterende 3 mg uit dezelfde verpakking kan worden behandeld: 32 mg

13.2.2 Add-on criteria

De NZa besluit voor welke stofnamen en indicaties een add-on wordt vastgesteld (add-on lijst). De add-on lijst komt tot stand door het besluit van de NZa om:

- naar aanleiding van aanvragen van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) combinaties van stofnamen en indicaties op te nemen, of
- naar aanleiding van aanvragen van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) combinaties van stofnamen en indicaties te verwijderen, of
- ambtshalve combinaties van stofnamen en indicaties op te nemen of te verwijderen.

De NZa hanteert de volgende criteria voor een add-on declaratietitel voor geneesmiddelen:

- Voor stofnamen en indicaties op de add-on lijst of voor stofnamen en/of indicaties waarvoor een verzoek tot opname wordt ingediend, is voor het corresponderende handelsproduct een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit.²⁷

²⁷ Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) kan ook een add-on voor een nog te registreren geneesmiddel worden aangevraagd.

- De NZa betreft een gezamenlijk advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s) in haar besluitvorming over een wijzigingsverzoek van de add-on lijst.²⁸ Genoemd advies en zienswijze dient als motivatie van het besluit dat de NZa moet nemen over opname of verwijdering van een add-on en de ingangsdatum daarvan. Het advies moet voldoende onderbouwd zijn op basis van objectieve en verifieerbare bronnen.
- Uit het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet objectiveerbaar en verifieerbaar blijken:
 - Of de bekostiging van de betreffende stofnaam en/of indicatie als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot kostenhomogene DBC-zorgproducten;
 - Op welke wijze getoetst is bij de beoordeling of een add-on wel of niet als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot een kostenhomogeen DBC-zorgproduct;
 - Of en hoe het advies zorgvuldig en consistent met eerdere adviezen tot stand is gekomen.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
28 van 50

13.2.3 Procedure bij aanvraag opname op add-on lijst

Voor het indienen van een add-on aanvraag moet aan de volgende voorwaarden en criteria zijn voldaan:

- Tweezijdige aanvraag: minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar, al dan niet door tussenkomst van de branchepartij, kunnen een add-on aanvraag indienen voor een geregistreerde combinatie van stofnaam en indicatie
- De aanvraag dient het volledig en naar waarheid ingevulde 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag add-on geneesmiddelenlijst' te bevatten.²⁹

Indien het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars negatief is, verzoekt de NZa de aanvragende partijen een zienswijze af te geven op het betreffende advies.

Alvorens een besluit wordt genomen, stelt de NZa de registratiehouder(s) in de gelegenheid om een zienswijze naar voren te brengen over de aanvraag tot opname van een add-on.

De NZa neemt vervolgens op basis van het advies en de zienswijze(n) een besluit.

13.2.4 Procedure bij aanvraag verwijdering van add-on lijst

Voor het indienen van een verzoek tot verwijderen van een add-on declaratietitel moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- Tweezijdige aanvraag: minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar, al dan niet door tussenkomst van de branchepartij, kunnen een verzoek indienen voor het verwijderen van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst

²⁸ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

²⁹ Het formulier kunt u vinden op de website van de NZa (zie <http://www.nza.nl/regelgeving/formulieren/>). Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient aanvullend het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. De NZa neemt niet eerder een besluit over een add-on aanvraag dan dat voor het corresponderende handelsproduct een handelsvergunning is afgegeven. De aanvragende partijen dienen voor een volledige aanvraag, de NZa op de hoogte te stellen van de registratiedatum. Niet vóór de datum van deze berichtgeving zal de NZa een besluit nemen.

- De aanvraag dient het volledig en naar waarheid ingevulde 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag add-on geneesmiddelenlijst' te bevatten.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
29 van 50

De aanvraag voor verwijdering van een add-on met ingang van jaar t+1 kan uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend.

Indien het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars negatief is, verzoekt de NZa de aanvragende partij een zienswijze te geven over het betreffende advies.

Alvorens een besluit wordt genomen, stelt de NZa de registratiehouder(s) in de gelegenheid om een zienswijze naar voren te brengen over de aanvraag tot verwijdering van een add-on.

De NZa neemt vervolgens op basis van het advies en de zienswijze(n) een besluit.

13.2.5 Beoordelingstermijn en ingangsdatum opname of verwijdering add-on

Binnen tien werkdagen na ontvangst van een compleet en naar waarheid ingevuld 'Formulier wijzigingsaanvraag add-on lijst', verzoekt de NZa de vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) een advies te geven over de aanvraag voor opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst. Tevens wordt de registratiehouder op de hoogte gesteld van de ingediende aanvraag dan wel verwijdering van een add-on.

De registratiehouder kan tot uiterlijk zes weken na ontvangst van de mededeling van de NZa over een ingediend wijzigingsverzoek een zienswijze geven op het verzoek tot aanvraag dan wel verwijdering van een add-on. Deze zienswijze wordt meegenomen in de uiteindelijke besluitvorming.

De NVZ, NFU, ZKN, Actiz en ZN kunnen tevens tot uiterlijk zes weken na ontvangst van het adviesverzoek van de NZa gezamenlijk een advies verstrekken door het opsturen van een volledig en naar waarheid ingevuld formulier 'Formulier Advies wijzigingsaanvraag add-on lijst'. Indien de NZa uiterlijk zes weken na verzending van het adviesverzoek aan NVZ, NFU, ZKN, Actiz en ZN geen advies heeft ontvangen, informeren wij betrokken partijen hierover en geven wij indien nodig een redelijke termijn om alsnog advies te geven.

De partijen die bij de NZa een aanvraag tot opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst indienen, kunnen gelijktijdig aan deze aanvraag het advies van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s) zoals bedoeld in artikel 13.2.2 toevoegen.

De NZa neemt uiterlijk tien werkdagen na ontvangst van het advies van NVZ, NFU, ZKN en ZN (inclusief een complete aanvraag waarbij is voldaan aan de procedurele en inhoudelijke voorwaarden) en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s), een besluit over de opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie op of van de add-on lijst en de datum van inwerkingtreding. Bij een negatief advies kan de NZa een aanvullende termijn vaststellen waarbinnen aanvragende partijen de gelegenheid krijgen een zienswijze af te geven. De NZa neemt uiterlijk tien werkdagen na ontvangst van een zienswijze van de aanvragende partijen een besluit.

Bij een positief besluit tot opname van een stofnaam en/of indicatie op de add-on lijst, is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de maand opvolgend op de datum van besluit, indien tussen deze twee data minstens twintig werkdagen zitten. Indien dit minder dan vijf werkdagen zijn dan is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de maand daarna. Indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zoals bedoeld in artikel 13.2.2, adviseren van deze datum af te wijken kan de NZa hiertoe besluiten.

Bij een positief besluit tot verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst is de einddatum van de betreffende add-on 31 december van het jaar t. De aanvraag voor verwijdering kan uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend.

Voor de combinatie van een stofnamen en indicatie die langer dan een jaar geregistreerd is op het moment dat er een add-on aanvraag wordt ingediend gelden andere termijnen. Voor deze stofnamen en indicaties moet een add-on aanvraag uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend voor datum inwerkingtreding van 1 januari van t+1, indien de NZa tijdig voldoende en representatieve informatie heeft om de tarieven van betreffende DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment uiterlijk 1 juli van jaar t aan te passen. Indien dat niet het geval is zal de datum inwerkingtreding 1 januari t+2 zijn. De datum van inwerkingtreding van de aanpassing van tarieven van DBC-zorgproducten en de datum van opname van de add-on zal gelijk worden gesteld.

Het besluit tot opname of verwijdering van een add-on zal uiterlijk op de betreffende datum van inwerkingtreding worden vermeld op de website van de NZa.

13.2.6 Overgangsbeleid

De uiterste datum voor de indiening van een volledige add-on aanvraag op basis van het beleid 2014 is 1 november 2014. Add-on aanvragen die na 1 november 2014 worden ingediend, dienen te voldoen aan de add-on aanvraag criteria zoals opgenomen in artikel 13.2.2 van deze beleidsregel.

De add-on lijst die geldt op 1 januari 2015 komt tot stand op basis van stofnamen die zijn opgenomen in bijlage 5 behorend bij de op 31 december 2014 geldende beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

In het kader van overgangsbeleid kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vanaf 1 november 2014 een wijzigingsaanvraag van de add-on lijst indienen zoals beschreven in artikel 13.2.3 en artikel 13.2.4. De inwerkingtreding van een besluit ten aanzien van deze aanvraag ligt op of na 1 januari 2015.

13.2.7 Tariefbepaling

De kostenbedragen van add-on geneesmiddelen zijn gebaseerd op de lijstprijs (apotheekinkoopprijs, AIP) per milligram (mg), unit (E) of megabecquerel (MBq) per toedieningsvorm. Dit betekent dat de NZa de lijstprijs omrekent naar de prijs per mg, E of MBq per toedieningsvorm. De NZa stelt één keer per jaar het maximumtarief vast op basis van de lijstprijzen. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs van 1 april van jaar t-1. De add-on maximumtarieven zijn inclusief 6% BTW.

De kostenbedragen van add-on geneesmiddelen worden gebaseerd op de lijstprijs per milligram, unit of MBq van de goedkoopste aanbieder en omgerekend vanuit de goedkoopste verpakkingseenheid.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
31 van 50

13.2.8 Uitzondering

Op de hiervoor omschreven voorwaarden en aanvraagprocedure voor vaststelling van een nieuwe add-on geldt de volgende uitzondering:

Uitzondering bij toevoeging van een niet-geregistreerde indicatie
Op de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie kan een uitzondering worden gemaakt indien er sprake is van een positief en onderbouwd oordeel van het Zorginstituut Nederland of aanvragende zorgverzekeraar(s) aangaande de stand van wetenschap en praktijk³⁰ voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie.

13.3 Overige trajecten

Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de eenheid een dag is. Deze prestaties gelden per verpleegdag en worden geregistreerd in plaats van (en onder dezelfde voorwaarden als) een reguliere verpleegdag.³¹ Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

Voor een aantal overige trajecten gelden er specifieke prestatiebeschrijvingen of zijn de hierna vermelde aanvullende voorwaarden van toepassing.

13.3.1 Toeslag post IC-high care (190152)

Er is sprake van post-IC High care als aansluitend aan een opname op de neonatale intensive care (NICU) noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. Dit is het geval indien sprake is van:

- een gewicht < 1200 gram, en/of;
- een zwangerschapsduur < 32 weken, en/of;
- ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting, en blaascatheter.

Er is geen sprake van een post IC-high care indien de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minder dan 30 weken is of het gewicht onder de 1000 gram. De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.

13.3.2 Verkeerde bed (190031)

Vergoeding die in rekening kan worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie voor opname in een verpleeghuis is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is in een verpleeghuis.

³⁰ Indien beschikbaar dient het betreffende oordeel van Zorginstituut Nederland bijgevoegd te worden bij de add-on aanvraag.

³¹ Onder reguliere verpleegdag wordt verstaan de verpleegdag zoals genoemd in artikel 11.8. Bij de prestatie 'Toeslag post IC-high care' (190152) geldt dat deze wel naast de reguliere verpleegdag mag worden geregistreerd.

13.3.3 Verblijf gezonde moeder (190032)

Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan en daarvoor klinisch wordt opgenomen. Deze zorgactiviteit kan tot maximaal 28 dagen na de bevalling geregistreerd worden.³²

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
32 van 50

13.3.4 Verblijf gezonde zuigeling (190033)

Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling, omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Deze zorgactiviteit kan alleen tijdens het klinische traject van de moeder, tot maximaal 28 dagen na de geboorte, geregistreerd worden.³³

13.3.5 Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038)

Vergoeding die in rekening kan worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie (niet zijnde indicatie voor opname in een verpleeghuis) is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.

13.3.6 Zotelovernachting (190208)

Overnachting in een zorghotel, in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg, welke gekoppeld is aan een instelling voor medisch specialistische zorg.

13.4 Stollingsfactoren (191801 t/m 191894)

Aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten door een ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten. De stollingsfactoren zijn gedefinieerd per toedieningseenheid en kunnen alleen in rekening worden gebracht bij indicaties welke opgenomen zijn in bijlage 5.

Artikel 14. Eerstelijnsdiagnostiek

De categorie eerstelijnsdiagnostiek is onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 5).

Tabel 5. Onderverdeling eerstelijnsdiagnostiek

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Prenatale screening
	Trombosemeting

³² Indien bij ziekte van het pasgeboren kind de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

³³ Indien bij ziekte van de moeder de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

14.1 Uitzondering

Voor de overige zorgproducten prenatale screening (037510, 037512, 037514 en 037516) is in geval van directe toegang verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk.

Kenmerk
BR/CU-2136Pagina
33 van 50

14.2 Voor een aantal eerstelijnsdiagnostiek producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.

14.2.1 Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)

Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek dient te worden verstaan alle handelingen van de radiodiagnost (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

MRI (081093, 082490, 083190, 083290, 083390, 083615, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090)

MRI's kunnen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd, tenzij deze worden geleverd als onderdeel van een DBC-zorgproduct of op verzoek van een andere zorgaanbieder in het kader van onderlinge dienstverlening. Dus ook als sprake is van onderlinge dienstverlening tussen een ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zijn de MRI's onderdeel van een DBC-zorgproduct.

Voor de prestaties 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090 geldt dat er per zitting maximaal twee MRI codes gedeclareerd kunnen worden. Daarnaast geldt:

- prestaties 081093 en 082490 mogen niet naast elkaar gedeclareerd worden;
- prestatie 087090 mag niet naast 087070, 088090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 088090 mag niet naast 087070, 087090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 089090 mag niet naast 088090 gedeclareerd worden.

14.2.2 Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079996)

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)

Tarief ter dekking van afname-, registratie- en declaratiekosten van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, et cetera met uitzondering van bloed) verstaan. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname (079989)

Tarief ter dekking van registratie- en declaratiekosten bij bloedonderzoek. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990)

Kenmerk
BR/CU-2136

Toeslag op het ordertarief (079991) wanneer de afname ten behoeve van de eerstelijns-patiënten niet op de hoofdlocatie respectievelijk het laboratorium plaatsvindt. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, et cetera, met uitzondering van bloed) verstaan. Huisbezoeken vallen niet onder de decentrale afnames.

Pagina
34 van 50

Huisbezoek (079992)

Huisbezoek bij de patiënt voor afname van patiëntmateriaal. Deze prestatie mag naast de prestatie 'ordertarief per afname' (079991) gedeclareerd worden.

CLB-referentietarief (079993)

Uitbesteding van de afname van patiëntmateriaal aan Sanquin. Deze prestatie wordt in rekening gebracht indien het zogenoemde referentietarief in rekening is gebracht.

Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (079988)

De uitvoering van programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van multidisciplinaire zorgverlening van patiënten met chronische aandoeningen onder behandeling van de huisarts door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium. Het tarief dient ter dekking van de kosten van de oproep, registratie van de diagnostiek volgens NHG standaard en rapportage (waaronder feedback en benchmarking) naar de huisarts en kan alleen op basis van lokale overeenstemming in rekening worden gebracht.

Sperma onderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110)

Voor de overige zorgproducten sperma onderzoek geldt dat als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog naar aanleiding van een consult op het fertiliteitsprekeuur van de vrouw, verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk is.

14.2.3 Trombosedienst (190248, 190249 en 190256 t/m 190259)

De prestaties 190248, 190249 en 190256 t/m 190259 mogen uitsluitend in rekening gebracht worden door trombosediensten. Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties voor trombosediensten, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, zijn te vinden in bijlage 1 bij de beleidsregel voor trombosediensten.

14.2.4 Prenatale screening (037510, 037512, 037514 en 037516)

Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties prenatale screening, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, zijn te vinden in bijlage 1 bij de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek.

14.2.5 Pathologie (050516 t/m 050523)

Onder een pathologie onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels (histologie) of celmateriaal en vochten (cytologie) die binnen één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan, geldt één specifieke declaratiecode.³⁴ Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen aanvragers uit de eerste en tweede lijn. De declaratiecode wordt bepaald

³⁴ Voor huidpreparaten geldt één code per inzending, met uitzondering van MOH's en neoplasie met schildwachtklier (waarvoor de algemene regel van één declaratiecode per onderzoek geldt).

door de combinatie aard materiaal en ingreep, zoals vastgesteld in bijlage 7 bij deze beleidsregel. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën. Hierbij geldt:

- Declaratiecode 050516 = zwaarteklasse 1
- Declaratiecode 050517 = zwaarteklasse 2
- Declaratiecode 050518 = zwaarteklasse 3
- Declaratiecode 050519 = zwaarteklasse 4
- Declaratiecode 050520 = zwaarteklasse 5
- Declaratiecode 050521 = zwaarteklasse 6

Bij een inzending met een vriescoupe wordt, naast de basisdeclaratiecode voor de zwaartecategorie, een extra aparte code voor vriescoupe geregistreerd.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
35 van 50

Artikel 15. Paramedische behandeling en onderzoek

De categorie paramedische behandeling en onderzoek is onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 6).

Tabel 6. Onderverdeling paramedische behandeling en onderzoek

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadviesing en voedingsvoorlichting
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde

15.1 Uitzondering

Voor de overige zorgproducten ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadviesing, orthoptie en oefentherapie is ingeval van directe toegang verwijzing vanuit de eerstelijns niet noodzakelijk.

15.1.1 Extramurale dieetadviesing (290164 en 290165)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen extramurale dieetadviesing zijn te vinden in de beleidsregel 'Extramurale dieetadviesing'.

15.1.2 Voedingsvoorlichting (290162)

Per zorgverlener is het lokaal overeengekomen tarief voor voedingsvoorlichting van toepassing. Dit tarief kan per medewerker per uur voor voedingsvoorlichting in rekening worden gebracht.

15.1.3 Ergotherapie (193012 en 193013)

Enkelvoudige ergotherapie (193012)

Enkelvoudige ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorgorganisatie, bij de verzekerde thuis of in de behandelruimte van genoemde instellingen. Hieronder valt niet de behandeling en/of verpleging van een patiënt in het kader van een indicatie voor medisch-specialistische hulp, (geriatrie) revalidatiebehandeling of verpleeghuiszorg. Het tarief geldt per vijftien minuten behandelijd en de

totale behandelingsduur wordt daarom rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van vijftien minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandelingsduuren opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
36 van 50

Toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie (193013)
Een toeslag voor de behandeling van een patiënt aan huis, per bezoek (maximaal eenmaal) per dag, ongeacht de duur van de behandeling.

15.1.4 Fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081, 193087 en 193088)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen fysiotherapie zijn te vinden in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie'.

Voor de overige zorgproducten fysiotherapie geldt de hierna vermelde aanvullende voorwaarde:

Aangezien de kostenbedragen van de DBC-zorgproducten zijn opgeschoond voor poliklinische fysiotherapie, kan poliklinische fysiotherapie, ook wanneer deze niet op verzoek van de eerstelijns wordt uitgevoerd, naast de DBC-zorgproducten gedeclareerd worden.³⁵

15.1.5 Logopedie (193024 en 193090 t/m 193093)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen logopedie zijn te vinden in de beleidsregel 'Logopedie'.

15.1.6 Oefentherapie (192954 t/m 192968 en 193031 t/m 193037)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen oefentherapie zijn te vinden in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie'.

15.1.7 Optometrie (192848 en 192849)

Eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848)
Een zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste diagnostisch consult door de optometrist bij een nieuwe zorgvraag.

Voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849)

Een zorgactiviteit voor het registreren van (diagnostische) herhaalconsulten door de optometrist bij een bestaande zorgvraag.

De tarieven voor eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848), voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849) en preventieve optometrische screening (192854) kunnen alleen als overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet plaatsvinden in het kader van een zorgvraag waarvoor al een DBC-zorgproduct is geopend. Het onderzoek of de behandeling moet worden uitgevoerd door een optometrist die de patiënten ziet op een optometrisch spreekuur.

³⁵ Deze uitzondering geldt niet voor revalidatiegeneeskunde en geriatrische revalidatiezorg.

15.1.8 Orthoptie (039813, 039814, 192855 en 192856)

De tarieven voor screening (intake) orthoptie (192855), eerste orthoptisch onderzoek (039813), standaard vervolg orthoptisch onderzoek (039814) en uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek (192856) kunnen alleen als overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet plaatsvinden in het kader van een zorgvraag waarvoor al een DBC-zorgproduct is geopend. De screening, het onderzoek of de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthoptist die de patiënten ziet op een orthoptisch spreekuur.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
37 van 50

Screening (intake) orthoptie (192855)

Screening (intake) is een eerste consult van een orthoptist met een patiënt die zonder verwijzing van een arts naar de zorgaanbieder gaat. Gedurende de intake inventariseert de zorgaanbieder de hulpvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder orthoptisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert of adviseert de patiënt.

Eerste orthoptisch onderzoek (binoculair) (039813)

Tijdens het eerste orthoptische onderzoek vindt een nadere anamnese plaats, wordt de diagnose gesteld, het behandelplan opgesteld en besproken met de patiënt. Verder vindt er verslaggeving plaats richting de verwijzer (indien deze aanwezig is).

Voortgezette orthoptische behandeling per bezoek (binoculair) (039814)

Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is).

Uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek (192856)

Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is). Van een uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek is sprake wanneer bij patiënten aantoonbaar uitgebreid orthoptisch onderzoek plaatsvindt op het gebied van motiliteit, sensoriek of objectieve refractiebepaling (skiascopie).

15.1.9 Poliklinische bevalling (190043 t/m 190048)

Een overig zorgproduct poliklinische bevalling is een bevalling die niet door een gynaecoloog wordt begeleid. Er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat.

Het tarief van deze overige zorgproducten is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. De tarieven van de overige zorgproducten 190043, 190045, 190047 zijn inclusief de kosten van partusassistentie.

Aanvullend hierop geldt:

Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190043 en 190044)

Een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.

Poliklinische bevalling op medische indicatie (190045 en 190046)

Een bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.

Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190047 en 190048)

Een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding, maar als gevolg van capaciteitstekorten in de kraamzorg en verloskunde waardoor thuisbevalling niet mogelijk is.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
38 van 50

Artikel 16. Overige verrichtingen

De categorie overige verrichtingen is onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 7).

Tabel 7. Onderverdeling overige verrichtingen

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Onderlinge dienstverlening
	Regiefunctie complexe wondzorg
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen
	Verpleging in thuissituatie

16.1 Voor een aantal overige verrichtingen gelden er specifieke prestatiebeschrijvingen of zijn de hierna vermelde aanvullende voorwaarden van toepassing.

16.1.1 Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (199800 t/m 199802)
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen voor mondzorg (waaronder ook de zorg zoals geleverd door centra bijzonder tandheelkunde) zijn te vinden in de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen'.³⁶

Instellingen voor medisch specialistische zorg, waarin tenminste 1,0 fte tandartsen in de functie van bijzondere tandheelkunde werkzaam zijn, kunnen een individueel stoeluurttarief aanvragen bij de NZa (prestatie 199800). Dit verzoek dient mede ondertekend te zijn door de betrokken zorgverzekeraars. De rekennorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor kleinere instellingen (1,0 ≤ fte tandarts < 2,0) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

De rekennorm is minimaal 1.106 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor grotere instellingen (≥ 2,0 fte tandarts) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele stoeluren per werkdag.

Voor de onderbouwing van het gezamenlijk aangevraagde individuele stoeluurttarief bijzondere tandheelkunde, dient de

³⁶ In de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen' zijn de prestatiecodes 199800, 199801 en 199802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

berekeningssystematiek aangehouden te worden zoals vermeld in de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen'.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
39 van 50

16.1.2 Hyperbare zuurstofbehandeling (039995)
Behandelingen met hyperbare zuurstof (039995). Deze prestatie kan rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd voor zover het niet gaat om een onderdeel van een DBC-zorgproduct.

16.1.3 Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962)
Tot 2015 zijn de prestaties kaakchirurgie onderverdeeld in de volgende vijf tariefgroepen:

- (I) Consultatie;
- (II) Verrichtingen;
- (III) Diagnostische en niet-operatieve ingrepen;
- (IV) Kostenvergoedingen;
- (V) Inlichtingen en rapporten .

Per 2015 zijn de vijf tariefgroepen omgezet in negen medisch inhoudelijke nieuwe productgroepen. In de onderstaande figuur zijn de negen productgroepen te zien, en eveneens de herkomst vanuit de vijf tariefgroepen:

1. Consultatie <i>Tariefgroep I en V</i>	7. Oncologie/reconstructie <i>Tariefgroep II</i>
2. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties <i>Tariefgroep III</i>	8. Chirurgie - Harde weefsels/Orthognathie - Weke delen - Speekselklierchirurgie - Aangezichts- en cosmetische chirurgie
3. Dentoalveolaire chirurgie <i>Tariefgroep II</i>	<i>Tariefgroep II</i>
4. Kaakgewrichtspathologie <i>Tariefgroep II</i>	9. Kostenvergoedingen <i>Tariefgroep IV</i>
5. Preprothetische chirurgie <i>Tariefgroep II</i>	
6. Traumatologie <i>Tariefgroep II</i>	

In bijlage 6 is per prestatie weergegeven tot welke productgroep de prestatie behoort.

Integraal product

In de verrichtingen zoals vermeld in productgroep 3 t/m 8 zijn begrepen de controlebezoeken, voor zover deze binnen 30 dagen na de ingreep plaatsvinden.

Als algemene regel geldt dat het maximumtarief de volledige behandeling van die aandoening omvat, dat wil zeggen:

- de voorbehandeling;
- de verrichting, ongeacht of die in één of meer zittingen plaatsvindt;
- de nabehandeling totdat de patiënt voor de desbetreffende aandoening, waarvoor de prestatie gedeclareerd wordt, genezen is verklaard, danwel uit de behandeling ontslagen is.

Gecombineerde verrichtingen

Voor prestaties die in veelvoorkomende gevallen in combinatie met andere prestatie(s) uitgevoerd worden, zijn aparte prestatiecodes aangemaakt (235004 tot en met 235096). Om deze prestaties te kunnen declareren dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. Deze zijn opgenomen in de regeling medisch specialistische zorg.

Consult (234003)

Een face-to-face consult met de kaakchirurg, inclusief een uitgebreid onderzoek.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
40 van 50

Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. In die situatie wordt geen consult vastgelegd.

Preventieve parodontale behandeling (verrichting 234027 en 234028)

Het gaat hierbij uitsluitend om gehospitaliseerde patiënten bij wie deze behandeling geïndiceerd is en die verwezen zijn door de behandelende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Ook patiënten bij wie preventieve parodontale behandeling noodzakelijk en urgent is en die redelijkerwijs niet verwezen kunnen worden naar de eerste lijn vallen hieronder.

Hierbij valt te denken aan:

- patiënten die chemotherapie en/of radiotherapie (moeten) ondergaan;
- patiënten in afwachting van open hart chirurgie;
- patiënten met HIV/aids;
- patiënten in afwachting van nierdialyse;
- patiënten bij wie een transplantatie moet geschieden.

Kleine verrichtingen (234084)

In het maximumtarief van kleine verrichtingen (234084) zijn begrepen onderstaande verrichtingen en onderzoeken:

- behandeling van kleine verwondingen zonder excisie en hechten;
- operatief wondtoilet (niet als nabehandeling van eigen ingreep);
- uitgebreide profexcisie en biopsieën, voor zover niet afzonderlijk in de vastgestelde tarieven vermeld;
- intraveneuze injecties, gewrichtspuncties en gewrichtsinjecties (géén contrastvloeistof);
- oprekken of manipuleren van het kaakgewricht;
- het verwijderen van briden;
- behandeling van nabloedingen;
- abcesbehandeling;
- gingiva-excisies;
- verwijdering van kleine fibromen en epuliden;
- opheffen van kleine occlusie- en articulatiestoornissen;
- verwijdering van een solitaire exostose;
- gingivitis- en stomatitisbehandeling (acute ontstekingsfase);
- onderzoek op focale infectie, vitaliteits- en sensibiliteitstest;
- fistulografie;
- neurolyse door middel van injecties.

Fractuurbehandeling

De fractuurbehandeling door middel van external fixation wordt gelijkgesteld aan een operatieve fractuurbehandeling.

Indien de fractuurbehandeling niet tot consolidatie leidt en klinische, röntgenologische en/of andere onderzoeken de diagnose pseudoarthrose doen stellen, dan kan de eerdere behandeling als afgesloten worden beschouwd (in de betekenis van volledige behandeling).

Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)

Onder een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) wordt verstaan: Een apparaat waarmee de onderkaak gedwongen van positie verandert met als doel de bovenste luchtwegen te verruimen en/of snurken te beperken.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
41 van 50

In de prestatie MRA en het bijbehorende tarief is inbegrepen:

- het maken van afdrukken;
- de registratie (ongeacht de methode);
- het plaatsen van het apparaat, inclusief het aanbrengen van kleine correcties en het geven van bijbehorende instructies omtrent het gebruik;
- nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van het MRA.

Vacatiegelden, per uur (230001)

Voor consulten buiten de werkgemeente geldt voor vacatiegeld een bedrag per uur, inclusief reis- en verblijfkosten, maar exclusief het tarief voor consult of verrichting(en).

Inlichtingen en rapporten (239022 t/m 239024)

a. Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts (239022)

Deze prestatie kan in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts of verzekeringsarts binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving.

Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niet iets aanvullends in rekening worden gebracht.

b. Rapporten (239023, 239024)

Hieronder wordt niet verstaan een rapport aan een patiënt, zorgverzekeraar, behandelend arts, behandelend tandarts of behandelend tandartsspecialist. Geldt tevens niet voor informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts.

Dagverpleging kaakchirurgie (231901)

Een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een kaakchirurgisch(e) onderzoek of behandeling in algehele anesthesie of diepe sedatie (met ondersteuning van een anesthesist).

Verpleegdag kaakchirurgie (231902)

Voor de definitie van verpleegdag zie artikel 11.8.

Techniekkosten

Indien de tandtechniek door derden wordt geleverd kunnen de werkelijke kosten één op één worden doorberekend. De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de patiënt of diens verzekeraar de nota van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium te overleggen.

Indien de zorgaanbieder de tandtechnische werkstukken zelf vervaardigt, is deze verplicht aan de patiënt of diens verzekeraar de techniekkosten te specificeren conform de lijst van de NZa met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

16.1.4 Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen (119027 t/m 119052)Kenmerk
BR/CU-2136Pagina
42 van 50

Rijbewijskeuringen (119027 t/m 119030)

De standaardprestatie rijbewijskeuring (119027 of 119028) beschrijft de tijd die een specialist standaard kwijt is aan een rijbewijskeuring. In de standaardprestatie is de directe, patiëntgebonden tijd van 15 minuten meegenomen. Daarnaast is ook 15 minuten indirecte tijd (inlezen in en/of schrijven van het rapport) verwerkt. Wanneer een keuring langer duurt dan de standaard, dient de zorgverlener dit op voorhand aan te geven aan de patiënt³⁷. Dan kan er nog een prestatie in rekening worden gebracht bij wijzen van toeslag. Deze toeslag is gebaseerd op 15 minuten directe, patiëntgebonden tijd (119029 en 119030). Alleen voor de daadwerkelijk gerealiseerde tijdbesteding mag de toeslag in rekening gebracht worden.

Bij de rijbewijskeuring in geval van zowel een vorderingsprocedure (119028) als een eigen verklaringsprocedure (119027) mogen de kosten voor een laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079996) apart in rekening gebracht worden. Hierop is tariefregulering (overige zorgproducten eerstelijnsdiagnostiek) van toepassing. Onderzoeken waarbij de patiënt zelf aanwezig is (directe tijd), mogen alleen gedeclareerd worden in de vorm van de standaardkeuring of toeslagprestatie voor directe, patiëntgebonden tijd. Deze onderzoeken (directe tijd) kunnen niet apart in rekening gebracht worden.

Bij de rijbewijskeuring in geval van een vorderingsprocedure (119028) mag de toeslag (119030) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal vier keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een uur extra indirecte tijd.

Bij de rijbewijskeuring in geval van een eigen verklaringsprocedure (119027) mag³⁸ de toeslag (119029) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal twee keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een half uur extra indirecte tijd.

Informatieverstrekking (119052)

De prestatie informatieverstrekking (119052) kan in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts, verzekeringsarts of het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving.

Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niets aanvullends in rekening worden gebracht.

16.1.5 Klinisch-genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadviesing (191112, 191113 en 191116 t/m 191120)

Deze tarieven voor de klinisch genetische centra zijn uniforme tarieven voor de activiteiten op het gebied van klinische genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

³⁷ In het geval van een vorderingsprocedure is de patiënt niet de opdrachtgever. Het is in dat geval niet noodzakelijk dat de zorgverlener voor elke procedure het CBR op de hoogte brengt van de verwachte tijdbesteding.

³⁸ Deze toeslag voor indirecte tijd in geval van een eigen verklaringsprocedure mag alleen in rekening worden gebracht bij psychiatrische en neurologische keuringen.

16.1.6 Regiefunctie complexe wondzorg (190287)

De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Per patiënt kan de prestatie Regiefunctie complexe wondzorg eenmaal per 12 maanden in rekening worden gebracht ongeacht de inhoud of frequentie van de behandeling. Het traject omvat in ieder geval de volgende onderdelen: het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een behandelplan, het bespreken van het behandelplan met de patiënt, kennisdeling en -verspreiding voor zorgprofessionals en met de patiënt, advies inzake leefstijlverbetering aan de patiënt, casemanagement en triage en afstemming met de medisch specialist en/of huisarts. Een nadere toelichting is te vinden in de beleidsregel 'Regiefunctie complexe wondzorg'.

16.1.7 Reiskosten (010905 en 010906)

Voor hulp verleend door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert op een ander adres dan een praktijkadres van deze beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld aan huis van een patiënt) kunnen de gemaakte reiskosten in rekening gebracht worden.

Voor de reiskosten geldt een bedrag per kilometer volgens het Reisbesluit binnenland (€ 0,28 per kilometer) (code 010905), plus maximaal € 27,35 per half uur voor de reistijd (code 010906).

16.1.8 SCEN-consultatie (130001)

SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. De prestatie betreft alle activiteiten van de medisch specialist, die staat ingeschreven in een daarvoor door de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland aangewezen SCEN-register van KNMG, waaronder met name is begrepen:

- a) overleggen met de behandelaar plus inzien journaals, specialistenbrieven, etc. ten behoeve van SCEN-consultatie;
- b) de visite(s) bij de patiënt en diens omgeving;
- c) de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar;
- d) het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder andere bespreking van het verslag.

De prestatie kan door de geconsulteerde medisch specialist, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, in rekening worden gebracht.

16.1.9 Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (190288 en 190289)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestaties 'Verpleging (minder) complexe zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie' (190288 en 190289) staan beschreven in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'.

16.2 Onderlinge dienstverlening (190064)

De invoering van integrale tarieven per 2015 heeft geleid tot aanpassing van de tot dan toe geldende definitie van 'onderlinge dienstverlening'. De reikwijdte van het begrip onderlinge dienstverlener is ruimer geworden, onder andere omdat het tot 1 januari 2015 bestaande zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist niet meer bestaat. Zorg geleverd door een vrijgevestigd medisch specialist ten behoeve van een zorgverlener valt per 2015 onder de definitie van onderlinge dienstverlening.

Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening') vastgesteld met een vrij tarief. Dit houdt in dat hiermee alle denkbare (deel)prestaties c.q. activiteiten in rekening kunnen worden gebracht die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, etc.) plaatsvinden. Hiermee wordt het voor zorgaanbieders mogelijk om zelf te kiezen voor een vorm van vergoeding voor over en weer verleende diensten en geleverde prestaties.

Alleen de zorgaanbieder die optreedt als 'eigen zorgverlener' voor de patiënt is gerechtigd om de geleverde zorg als prestatie bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
44 van 50

Artikel 17. Tariefopbouw en tariefsoorten

17.1 Tariefopbouw

Het tarief voor een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.

17.2 Tariefsoort

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten:

- a) Het gereguleerde segment met maximum tarieven;³⁹
- b) Het vrije segment met vrij onderhandelbare tarieven.⁴⁰

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de DBC-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.

In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten:

- extramurale dieetadvisering (290164 en 290165);
- fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081, 193087 en 193088);
- oefen therapie (192954 t/m 192968 en 193031 t/m 193037).

Deze overige zorgproducten behoren tot het vrije segment.

17.3 DBC-zorgproducten gereguleerd segment

Over de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum.

17.4 DBC-zorgproducten vrij segment

Van de DBC-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.

³⁹ Dit segment wordt ook wel het A-segment genoemd.

⁴⁰ Dit segment wordt ook wel het B-segment genoemd.

17.5 Schematische weergave prestatie- en tariefsoorten per soort prestatie

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
45 van 50

Tabel 8. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
DBC-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum
DBC-zorgproduct vrije segment	Vrij
Supplementair product: Add-on IC	Maximum
Supplementair product: Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	Maximum
Supplementair product: Overige trajecten	Maximum
Supplementair product: Stollingsfactoren	Maximum
Eerstelijnsdiagnostiek	Maximum
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum ⁴¹
Overige verrichtingen	Maximum

Artikel 18. Tariefberekening integrale tarieven DBC-zorgproducten en overige zorgproducten

18.1 Uitgangspunten berekening integrale tarieven 2015

Het integrale tarief 2015 is een optelsom van het kostentarieff 2014 en het honorariumtarief 2014, inclusief indexatie. De totstandkoming van de kostentarieven en honorariumtarieven 2014 volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in bijlage 8, die integraal onderdeel uitmaakt van deze beleidsregel. De wijzigingen die ten opzichte van tarief 2014 nog worden doorgevoerd zijn hieronder beschreven.

18.2 Kostprijsonderzoek Kaakchirurgie

De NZa heeft besloten om over te gaan tot een aanvullend kostprijsonderzoek voor kaakchirurgie, gericht op tariefherijking per 2015. In het onderzoek is sprake van een verbeterde toerekening van kosten aan kaakchirurgische verrichtingen. Zo zijn er aparte prestaties dagverpleging en verpleegdag gemaakt waardoor de verpleegkosten kaakchirurgie beter zijn toe te rekenen.

In het onderzoek is de kostprijsinformatie van algemene ziekenhuizen beoordeeld op bruikbaarheid en aanwezigheid van kostprijsinformatie over onder meer dagverpleging en verpleegdagen. Een selectie van 17 algemene ziekenhuizen is gebruikt voor het kostprijsonderzoek. Voor een uitgebreide toelichting hierop wordt verwezen naar het *Rapport Productstructuur en tarieven kaakchirurgie 2015*.

Bij de berekening van de tarieven is het NZa-beslismodel toegepast.⁴² Voor verrichtingen waarvan geen kostprijsinformatie voorhanden is binnen de selectie van algemene ziekenhuizen, is teruggегrepen naar kostprijsinformatie van 4 Universitair Medisch Centra. Ten slotte is er voor een aantal verrichtingen de terugvaloptie toegepast. Voor deze verrichtingen is zowel binnen de 17 algemene ziekenhuizen, als 4 UMC's geen kostprijsinformatie beschikbaar.

⁴¹ Met uitzondering van fysiotherapie, oefentherapie en extramurale dieetadvisering. Hiervoor geldt een vrij tarief.

⁴² Zie voor de beschrijving van het NZa beslismodel bijlage 9 bij deze beleidsregel.

Het onderzoek heeft cijfers opgeleverd voor de herijking van 117 tarieven, inclusief de 2 nieuwe prestaties dagverpleging en verpleegdag. Voor 9 prestaties is de terugvaloptie toegepast.⁴³

Kenmerk
BR/CU-2136
Pagina
46 van 50

18.3 Aanpassing tarieven stamceltransplantatie (979003008, 979003009, 979003013, 979003020)

Op basis van nieuw aangeleverde kostprijzen van zes UMC's zijn de kostencomponenten van de integrale tarieven stamceltransplantatie herijkt. De aangeleverde kostprijzen hebben betrekking op DBC-zorgproducten geopend in 2012 (en gesloten in 2012 of 2013).

18.4 Aanpassing tarieven chronische thuisbeademing (990011002, 990011003, 990011005, 990011006, 990011008, 990011009, 990011011, 990011013, 990011015)

Op basis van nieuw aangeleverde kostprijzen van vier UMC's zijn de kostencomponenten van de integrale tarieven chronische thuisbeademing herijkt. De aangeleverde kostprijzen hebben betrekking op boekjaar 2013 (drie UMC's) of 2012 (één UMC).

Artikel 19. Aanpassingen in integraal tarief vanwege het verkorten van doorlooptijden

Per 1 januari 2015 is de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten verkort naar 120 dagen. De tarieven voor 2015 zijn gecorrigeerd voor deze aanpassing in de afsluitregels en wijzigingen in de productstructuur. Voor elk product is een mutatiepercentage berekend. Dit percentage is toegepast op de tarieven 2014 (RZ14c).

Deze aanpassing is als volgt berekend:

Stap 1: Selecteren productiedataset

Voor elk DBC-zorgproduct wordt een productiedataset geselecteerd. Hierbij wordt het volgende beslismodel gehanteerd om de volgorde van de datasets te bepalen:

- a) Uitgangspunt is de DIS DOT 2012/2013 (DBC's gesloten in 2012 en 2013). Indien deze dataset 5 of meer subtrajecten voor het DBC-zorgproduct bevat, is deze dataset gebruikt.
 - b) Indien a. niet van toepassing is en indien DIS Ronde 21 dataset (DBC's gesloten in 2010) 5 of meer subtrajecten voor het DBC-zorgproduct bevat, is deze dataset gebruikt.
 - c) Indien a en b niet van toepassing zijn en indien de NFU dataset (gegevens uit de NFU-monitor) 5 of meer subtrajecten voor het DBC-zorgproduct bevat, is deze dataset gebruikt.
- Indien a, b, en c niet van toepassing zijn, bijvoorbeeld omdat de productstructuur van het product inhoudelijk is gewijzigd, vindt een expertbenadering plaats.

Stap 2: Simuleren van dataset volgen simulatieregels 2014 en 2015

In de eerste stap vindt een simulatie plaats van de productiedataset (DIS DOT 2012/2013, DIS Ronde 21 dataset, NFU dataset) in de productstructuur RZ14b (exclusief verkorte doorlooptijden) en in de productstructuur RZ15a (inclusief verkorte doorlooptijden). Dankzij deze simulaties kan per uniek DBC-zorgproduct binnen beide

⁴³ In het rapport 'Beoordeling DOT-pakket 2015 (RZ15a)' is toegelicht hoeveel instellingen zijn meegenomen in de totstandkoming van de tarieven voor het jaar 2015.

productstructuren bepaald worden welke zorgactiviteiten tot het gemiddelde profiel van het product behoren.

Kenmerk
BR/CU-2136

Pagina
47 van 50

Stap 3: Bepalen mutatiepercentages

De mutatiepercentages worden toegepast op de meest recente tarieven 2014 (RZ14c). Omdat voor de berekening van de kostprijs- en honorariumcomponent een aparte aanpak is vereist, worden de mutatiepercentages apart berekend. Deze mutatiepercentages worden vervolgens (gewogen) samengevoegd in het integrale tarief.

Stap 3a. Berekenen prijsmutatiepercentage voor de kostentarieven. De prijsmutatiepercentages worden berekend door de landelijke profielen 2014 en 2015 met elkaar te vergelijken. Door de zorgactiviteiten in de gemiddelde profielen van 2014 en 2015 te wegen met kostprijzen berekenen we de gemiddelde kostenmutatie. Deze definitieve prijsmutatie is gerelateerd aan het meest actuele basistarief, namelijk de tarieven vastgesteld in de RZ14c. Dit borgt dat tariefontwikkelingen van de DBC-zorgproducten in deze updaterelease ook worden meegenomen in de tarieven per 2015.

Stap 3b. Het mutatiepercentage voor de honorariatarieven. Het mutatiepercentage voor de honoraria bestaat uit twee componenten: de ondersteunende specialismen en de poortspecialismen.

Ondersteunende specialismehonoraria

Het mutatiepercentage voor de ondersteunde specialisten wordt berekend conform stap 3a. De ondersteunende activiteiten die in de zorgprofielen voorkomen, zijn genormeerd door de wetenschappelijke verenigingen. Hierdoor is op zorgactiviteitsniveau informatie beschikbaar over de profielen en de normtijden. Voor de tariefberekening is gebruik gemaakt van de normtijden uit de RZ14b release.

Poortspecialismehonorarium

Bij de poortspecialismen zijn de honorariumtarieven op productniveau en niet op zorgactiviteitsniveau genormeerd. De inzet van de poortspecialist bij een DBC-zorgproduct is daarom op een alternatieve wijze bepaald, waarbij een benadering is gehanteerd van de inzet van een medisch specialist bij een zorgactiviteit. Hiervoor wordt gekeken naar de zorgprofielklassen⁴⁴. Hierbij is de profielwaarde per DBC-zorgproduct opnieuw berekend door de herziene profielen te waarderen tegen kostprijzen van de zorgactiviteiten uit de zorgprofielklassen.

Deze exercitie wordt overigens niet voor alle poorthonoraria toegepast. Er zijn namelijk DBC-zorgproducten die niet significant veranderen door het verkorten van de doorlooptijd. Indien er sprake is van een wijziging van het zorgprofiel van meer dan 5% en tegelijkertijd meer dan 10% van de (sub)trajecten een oorspronkelijke doorlooptijd kent van meer dan 120 dagen, wordt een mutatiepercentage berekend.

Stap 4: Omzetneutraliteit

De berekening van de verkorting van de doorlooptijden wordt budgetneutraal doorgevoerd. Dit betekent dat na stap 3 een rondrekening op zorgproductniveau wordt uitgevoerd. Dit borgt dat de (historische) omzet binnen een zorgproductgroep gelijk blijft. Het uitlijnpercentage wordt aan de hand van de volgende formule berekend:

⁴⁴ Activiteiten uit de zorgprofielklassen 1,4, 5 en 6 zijn toe te delen aan de inzet van poortspecialismen. Voor beschouwers worden zorgprofielklassen 1 tot en 6 meegenomen.

$$\text{uitlijnpercentage} = \frac{\sum \text{casemix}_{120} * \text{Tarief}_{RZ14c} * \text{mutatiepercentage}}{\sum \text{casemix}_{265} * \text{Tarief}_{RZ14c}}$$

Stap 5: Tarieven

De tarieven in het gereguleerde segment worden berekend door zowel het mutatiepercentage als het uitlijnpercentage toe te passen op de kosten- en honorariumcomponenten van 2014 (RZ14c). Deze worden vervolgens opgeteld en geïndexeerd tot een integraal tarief 2015.

Artikel 20. Positie van solisten

- 20.1** Evenals instellingen, zijn ook solisten gerechtigd een integraal tarief voor DBC-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen. Om van dit recht gebruik te kunnen maken, moet men dus kwalificeren als 'solist'. Dit vraagt om een nadere invulling van het begrip 'solist'.
- 20.2** Een medisch specialist (of kaakchirurg) wordt slechts als solist, c.q. solopraktijk, beschouwd, indien en voor zover aan de navolgende voorwaarden is voldaan.
1. Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG;
 2. In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, c.q. ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG - al dan niet tegen betaling - dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
 3. De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg) moeten betrekking hebben op de beroepsmatige levering van zorg.
 4. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden niet geleverd in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
 5. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, mogen niet worden verricht door een organisatievorm die moet worden beschouwd als een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5 van de WTZi (in dat geval zou immers sprake zijn van een instelling en is een WTZi-toelating vereist).
 6. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden volledig verricht voor eigen rekening en risico van de betreffende medisch specialist (of kaakchirurg).

- 20.3** In de Regeling 'Medisch specialistische zorg' staan de voorwaarden genoemd, waaraan solisten moeten voldoen om daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen. In het kort komen die voorwaarden erop neer dat:
- een solist in het bezit dient te zijn van een door de NZa af te geven beschikking (alvorens te mogen declareren);
 - de solist daartoe een aanvraag bij de NZa moet indienen;
 - hij/zij daartoe gebruik dient te maken van een door de NZa beschikbaar te stellen aanvraagformulier;
 - de solist verplicht is om wijzigingen in de bedrijfsvoering (NAW-gegevens, KvK-inschrijving, etc.) of wijzigingen in de organisatiestructuur (samengaan/fusie met andere solist of instelling, beëindiging van de bedrijfsactiviteiten, faillissement, etc.) aan de NZa te melden.
- 20.4** Met het oog op de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 worden solisten in de gelegenheid gesteld om vanaf 1 augustus 2014 een aanvraag als bedoeld in artikel 20.3 bij de NZa in te dienen. Het daartoe bestemde aanvraagformulier zal vóór 1 augustus 2014 op de website van de NZa worden gepubliceerd. Alleen volledig ingevulde formulieren worden door de NZa in behandeling genomen.

De NZa zal een register gaan bijhouden van beschikkinghouders, c.q. (geregistreerde) solisten.

Bijlage 1 Overzicht DBC-zorgproducten

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van alle DBC-zorgproducten met een unieke code, bijbehorende (consumenten)omschrijving en ingedeeld in segmenten.

Bijlage 2 Typeringslijsten per specialisme

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de geldende typeringslijsten per AGB-specialismecode.

Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de geldende zorgactiviteiten met een unieke code en een bijbehorende (consumenten)omschrijving.

Bijlage 4 Overzicht overige zorgproducten

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van alle overige zorgproducten ingedeeld in segmenten.

Bijlage 5 Indicatielijst stollingsfactoren

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de stollingsfactoren.

Bijlage 6 Overzicht kaakchirurgie prestaties met bijbehorende puntenwaardes

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van kaakchirurgie prestaties met bijbehorende puntenwaardes. In het overzicht is ook de indeling opgenomen van kaakchirurgie prestaties naar verschillende productgroepen.

Bijlage 7 Overzicht pathologie prestaties

Deze bijlage is als losse bijlage (pdf) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de combinaties van de aard van het materiaal en de ingreep die de basisdeclaraties voor pathologie bepalen.

Bijlage 8 Totstandkoming tarieven

Deze bijlage is als losse bijlage (pdf) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de totstandkoming van de kostentarieven en honorariumtarieven 2014, die de basis vormen voor de integrale tarieven.