



Regeling medisch specialistische zorg. Nadere Regel NR/CU-209

15 november 2011

Nr. NR/CU-209

Inleiding

Artikel 1. Grondslag

Gelet op artikel 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

Artikel 2. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria en abortusklinieken), op audiologische centra en op centra voor erfelijkheidsonderzoek. Deze regeling is eveneens van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden.

Deze regeling is eveneens van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren bestaande uit handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg¹ of werkzaamheden in het kader van de beroepsuitoefening² voor zover deze handelingen en werkzaamheden niet zijn begrepen onder het hierboven genoemde.

Artikel 3. Inwerkingtreding

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 1 januari 2012.

Met de inwerkingtreding van deze regeling worden de volgende regelingen beëindigd:

- Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (NR/CU-201);
- Nadere regel informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CU/NR-100.073);
- Tarifiering onderlinge dienstverlening (CI/NR-100.074);
- Administratieve organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering (CU/NR-100.060);
- Kaderregeling AO/IC categoriaal inzake DBC-registratie (CI/NR-100.035);
- Validatiemodule (CU/NR-100.004);
- Regeling standaardprijzlijst B-segment (CU/NR-100-056).
- Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en facturering voor categorale instellingen en ZBC's (CI/NR-100.023).

Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2011, treedt deze regeling in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst, en werkt hij terug tot en met 1 januari 2012.

Deze regeling kan worden aangehaald als 'Regeling medisch specialistische zorg'.

Toelichting

Met de inwerkingtreding van deze regeling zijn de declaratiebepalingen (NR/CU-201) beëindigd. Deze regeling is met ingang van 1 januari 2012 ook van toepassing ten aanzien van paralleliteit tussen DBC's (geopend in 2011 en doorlopend in 2012) en DBC- of overige zorgproducten (geopend in 2012).

Artikel 4. Begrippen en afkortingen

In deze regeling worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

4.1 Add-on

Add-ons zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct. Alleen zorg op de Intensive Care (IC) alsmede een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2o, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.



4.2 AGB-code

De AGB-code is een unieke code die aan de zorgverlener-, praktijk- en/of instellingsgegevens wordt toegekend. Met deze code kunnen de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd.

De AGB-code is opgebouwd uit 8 posities. De eerste 2 posities geven de zorgverlenersoort weer (01 = huisartsen, 03 = medisch specialist etc.). De overige 6 posities zijn een volgnummer.

4.3 Beslisboom

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

4.4 DBC

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

4.5 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.

4.6 DBC-zorgproductcode

Het unieke nummer van een DBC-zorgproduct dat bestaat uit negen posities, te weten DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).

4.7 DBC-zorgproductgroep

Een DBC-zorgproductgroep is een verzameling van DBC-zorgproducten geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD10 diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke DBC-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.

4.8 DBC-zorgproductgroepcode

Een zescijferige code van de DBC-zorgproductgroep, waartoe het DBC-zorgproduct behoort.

4.9 Declaratiedataset

De voor afleiding aan een grouper aangeboden verzameling van gegevens omtrent de door een zorgaanbieder aan een patiënt geleverde zorg.

4.10 Diagnose-combinatietabel

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

4.11 Eigen patiënt

Een patiënt geldt voor een medisch specialist of instelling als 'eigen patiënt' indien deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot de medisch specialist, deze medische specialist wordt aangemerkt als hoofdbehandelaar en deze medisch specialist voor het verlenen van die medische zorg op dat moment in de instelling zijn praktijk uitoefent.

4.12 Grouper

Een applicatie in een beveiligde omgeving die uit de door de aangesloten instellingen aangeboden datasets DBC-zorgproducten en add-ons afleidt conform door de NZa vastgestelde beslisbomen van de DOT-productstructuur.

4.13 Honorariumbedrag (of honorariumcomponent)

Het maximum bedrag (per zorgproduct) dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een medisch specialist. Al dan niet in combinatie met het kostenbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct.

4.14 Hoofdbehandelaar

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt de diagnose stelt en die verantwoordelijk is voor de behandeling.

4.15 ICD10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, onderhouden door de World Health Organisation (WHO). ICD10 is gebruikt als basis voor de productstructuur.

4.16 Kostenbedrag (of kostencomponent)

Het bedrag (per gereguleerd zorgproduct) dat in rekening gebracht mag worden ter vergoeding van de instellingskosten. Al dan niet in combinatie met het honorariumbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct.

4.17 Onderlinge dienstverlening

Er is sprake van onderlinge dienstverlening indien geen sprake is van een 'eigen patiënt' volgens de definitie, maar de prestatie op verzoek van een andere instelling respectievelijk een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) wordt geleverd. Indien deze prestatie is uitgedrukt in zorgactiviteiten behoren deze tot het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

4.18 Ondersteunende producten (OP)

Een ondersteunend product (OP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een niet-poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.



4.19 Overige producten (OVP)

Een overig product (OVP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OVP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt.

4.20 Overige trajecten

Een overig traject valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is zoals gezonde zuigeling en verkeerde-beddag.

4.21 Overige verrichtingen

Een overige verrichting valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Onder overige verrichtingen worden verstaan: los declarabele verrichtingen die niet te definiëren zijn als OVP, OP of overige traject. Voorbeelden hiervan zijn bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie.

4.22 Overige zorgproducten

De prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten. Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.

4.23 Poortspecialist

Een poortspecialist is de medisch specialist naar welke een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: Oogheelkunde (0301), KNO (0302), Heelkunde/Chirurgie (0303), Plastische chirurgie (0304), Orthopedie (0305), Urologie (0306), Gynaecologie (0307), Neurochirurgie (0308), Dermatologie (0310), Inwendige Geneeskunde (0313), Kindergeneeskunde/Neonatalogie (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).³

De poortfunctie kan ook door een ondersteunend specialisme worden ingenomen dat hiervoor een door de NZa vastgestelde typeringslijst heeft, zoals radiologie (0362), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390). Daarnaast kent de audiologie (1900) ook een eigen typeringslijst.

De (poort)specialist is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

4.24 Subtraject

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

4.25 Uitvalproduct

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

4.26 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 welke DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd.

Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

4.27 Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

4.28 Zorgtraject

Een zorgtraject typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorginstelling consulteert, maar is geen declarabele prestatie. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.

Registreren

Artikel 5. Algemene registratiebepalingen

- 5.1 De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist meldt óf, indien dat eerder is, op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van deze nieuwe zorgvraag.
- 5.2 Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme, waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling, een eigen zorgtraject.

³ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren in overige zorgproducten.



- 5.3 De daadwerkelijke verleende zorg wordt vastgelegd⁴ in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.
- 5.4 Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één unieke zorgactiviteit, mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal voor de afleiding van een DBC-zorgproduct worden benut.
- 5.5 De poortspecialist⁵ is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten.
- 5.6 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om typering en vastlegging van de uitgevoerde zorgactiviteiten op juistheid te controleren.
- 5.7 Add-ons kunnen uitsluitend geregistreerd worden in combinatie met een subtraject. Dit geldt niet voor een add-on intensive care, met zorgtype 52.
- 5.8 De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgactiviteiten in de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden (naast de andere data elementen) uitsluitend die zorgactiviteiten bevat die zijn uitgevoerd ter beantwoording van de zorgvraag waarop het subtraject betrekking heeft.
- 5.9 Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
- 5.10 Het is niet toegestaan om binnen 28 dagen na afsluiten van een DBC (openingsdatum in 2011) een subtraject te openen (openingsdatum in 2012) met eenzelfde zorgtype en diagnose, tenzij artikelen 6 tot en met 9 anders voorschrijven.

Artikel 6. Het openen van een zorgtraject

De regels voor het openen van een zorgtraject zijn afhankelijk van het zorgtype (ZT) van het subtraject.

- 6.1 Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de poortspecialist geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een poortspecialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling of diagnostiek niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.
 - a. Een parallel zorgtraject bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geopend indien er aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt tevens dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:
 - Het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten waarvan er minimaal één uit zorgprofielklasse⁶ 1, 2 of 3 komt, of minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen.
 - De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komen niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1).
 - b. Voor parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:
 - beide zijden conservatieve behandeling: 1 zorgtraject;
 - één zijde conservatief één zijde operatieve behandeling: 1 zorgtraject;
 - beide zijden operatief en met identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel: 1 zorgtraject;
 - beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel: 2 zorgtrajecten.
 - c. Bij parallelliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan.

Toelichting

De DBC-registratie gaat uit van zorgtrajecten per specialisme. Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling waarbij meer poortspecialismen betrokken zijn. In dat geval opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject.

De ondersteunende specialismen radiologie en anesthesiologie kunnen in de rol van poortspecialist zelfstandig behandelen en daarvoor zorgproducten declareren. Het betreft hier de interventie-radioloog en de anesthesist als pijnbestrijder.

⁴ Onder vastleggen wordt hier mede begrepen, het op een juiste manier vertalen van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten.

⁵ Zie de definitie van poortspecialist.

⁶ Zorgprofielklassen zijn te vinden in de zorgactiviteitentabel.



Als er een IC opnameperiode loopt tijdens de klinische periode (ZT11 of ZT21) mogen geen verpleegdagen worden geregistreerd.

Het specialisme Cardiologie kent geen paralleliteit, behalve bij ICC en hartvalidatie.

- 6.2 Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de poortspecialist geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Hierbij geldt het volgende:
- Bij een dagverpleging mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.
 - Een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC zorg/subtraject voor een intercollegiaal consult registreren. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC zorg/subtraject openen.
 - Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen nieuw (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
 - Wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling.
- 6.3 Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door de poortspecialist geopend indien een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, voor welke de DBC-systematiek niet geldt (bv. kaakchirurgie) een overig product (OVP) levert aan een patiënt. Indien het OVP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan er geen overig product worden gedeclareerd. In dat geval dient het ZT41 te worden gewijzigd in ZT11, maakt de zorgactiviteit deel uit van dat zorgtraject en is er geen sprake meer van een OVP.

Toelichting

Indien een poortspecialist in de rol van ondersteuner op verzoek van een specialisme van de eigen instelling een zorgactiviteit levert welke op de OVP-lijst voorkomt, dan zijn de zorgactiviteiten enkel onderdeel van het zorgprofiel van het aanvragend specialisme en is er geen sprake van een OVP. De zorgactiviteiten dienen bij het zorgtraject van de aanvragende specialist te worden vastgelegd (zie ook artikel 6.5).

- 6.4 Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt door de intensivist (of andere medisch eindverantwoordelijke op de IC) geopend bij opname op de IC afdeling. Hierbij geldt het volgende:
- Parallele IC zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.
 - Wanneer de patiënt gedurende een klinische opname meer periodes op de IC verblijft, dient voor elke IC-opnameperiode een IC zorg/subtraject 51 te worden geopend (en gesloten).
 - Tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleegdagen worden geregistreerd.
 - Er dient een verwijzing te worden geregistreerd vanuit welk zorgtraject (= het zorgtraject van de hoofdbehandelaar) naar het IC zorg/subtraject 51 is verwezen. Een IC zorg/subtraject 51 dient namelijk altijd in samenhang met een zorgtraject van de hoofdbehandelaar te worden geregistreerd.
 - Indien een patiënt direct op de IC-afdeling terechtkomt, zonder dat er naast het IC-zorgtraject een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 11 of 21 is geregistreerd, dient het zorg/subtraject te worden getypeerd met ZT52. Een grouper zal dan niet controleren op de koppeling tussen het subtraject ZT52 met een subtraject ZT11 of ZT21. Indien na ontslag van de IC-afdeling de behandeling klinisch wordt voortgezet, dient het subtraject met ZT52 omgezet te worden naar een subtraject met ZT51 dat gekoppeld wordt aan het zorgtraject met ZT11-subtraject.

Toelichting

Een grouper leidt uit het subtraject van een IC zorg/subtraject 51 (gekoppeld aan een ZT11 of ZT21) of IC zorg/subtraject 52 (indien er geen eigen ZT11 of ZT21 bestaat) de add-on zorgproducten voor de IC af.

- 6.5 Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar (door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner) kan worden geopend wanneer deze ondersteuner (bv. anesthesist) of een poortspecialist in de rol van ondersteuner (bv. MDL-arts) zorg levert aan de patiënt en hier geen eigen zorgtraject voor open staat. Deze zorgactiviteiten dienen gekoppeld te worden aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Toelichting

De genoemde zorgactiviteiten kunnen op twee manieren gekoppeld worden aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar:

- via het openen van een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 51 (een Ondersteunend zorg/subtraject 51). Wanneer gekozen wordt voor registratie volgens deze optie, dient een ondersteund zorg/subtraject 51 te worden geopend, met een interne verwijzing naar het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.
- via een alternatief koppelmecanisme die de zorgactiviteiten van de ondersteuners (achteraf) koppelt aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Een grouper leidt uit de in artikel 6.5 genoemde subtrajecten 51 geen declarabele zorgproducten af. De zorgactiviteiten van de ondersteuner worden meegenomen in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.



Artikel 7. Het openen van een subtraject

Een subtraject wordt geopend:

- Bij het openen van een zorgtraject (zie artikel 6) of;
- Wanneer een reguliere behandeling of controletraject na het afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21, wordt vervolgd (zie artikel 8).

Artikel 8. Het sluiten van een subtraject

8.1 Een subtraject met een ZT 11 of 21 (initiële of vervolgbehandeling) wordt gesloten:

- Bij een klinisch subtraject met ZT11 en 21:
 - Op de 42e dag na ontslagdatum.⁷
 - Wanneer binnen deze 42-dagen periode na (de laatste) ontslagdatum nog een dagverpleging (1 of meer) of operatieve ingreep (1 of meer) plaatsvindt, dan wordt toch afgesloten op de 42e dag na ontslag uit de kliniek.
 - Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her) opname plaatsvindt dan wordt afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.
- Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen, met ZT11 en 21:
 - Op de 42e dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.
 - Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat dan wordt afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste ingreep.
- Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling:
 - met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject;
 - met ZT21: op de 365e dag na de opening van het subtraject.
- Op de 365e dag indien het subtraject na 365 dagen nog open staat. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.
- Bij het afsluiten van het zorgtraject: (zie artikel 9)
 - Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.
 - Een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie), wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.
 - Een subtraject met ZT51 en 52 met betrekking tot de opname op een IC-afdeling, wordt afgesloten wanneer het bijbehorende IC-zorgtraject wordt afgesloten. Een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning aan de hoofdbehandelaar, wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.

8.2 Van de in artikel 8.1 vermelde algemene afsluitregels mag uitsluitend worden afgeweken indien zich één of meer van de in dit artikel opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitingsregel.⁸

- Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandelingen, te weten (1.0000.1):
 - chemo-immunotherapie;
 - immunotherapie;
 - chemotherapie bij acute leukemie;
 - chemotherapie bij gemetastaseerde tumoren;
 - chemotherapie bij niet gemetastaseerde tumoren;
 - hormonale therapie bij gemetastaseerde tumoren;
 - hormonale therapie bij niet gemetastaseerde tumoren.

Een klinisch subtraject met een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie wordt bij elke nieuwe toediening afgesloten (behalve bij acute leukemie).

Dit betekent dat een subtraject afgesloten wordt bij:

- een nieuwe toediening tijdens dezelfde klinische opname;
- een nieuwe toediening tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag uit de voorgaande opname;
- een nieuwe toediening in een niet klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit kliniek.

⁷ In deze regeling wordt met ontslagdatum bedoeld de datum van de dag dat de opname-indicatie afloopt en het registreren van verpleegdagen stopt. Het werkelijke ontslag kan een later moment betreffen indien er bijvoorbeeld sprake is van 'verkeerde bed'.

⁸ Het nummer achter de uitzonderingregel correspondeert met het registratieaaddendum van DBC-Onderhoud.



Het subtraject wordt in deze situaties één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend.

Toelichting

Voor het afsluiten van een klinisch subtraject met medicinale behandeling per infuus of injectie – behalve bij acute leukemie – waarbij géén nieuwe toediening binnen 42 dagen na ontslag plaatsvindt gelden de algemene afsluitregels.

Voor orale oncologische medicatie geldt de algemene regel dat het subtraject 42 dagen na ontslag uit de kliniek afgesloten wordt. Alleen bij overgang naar een andere soort orale medicinale oncologische behandeling of een toediening per infuus of injectie wordt het subtraject een dag voor de start van de andere therapie/toedieningsvorm gesloten en aansluitend een nieuw subtraject geopend. Bijvoorbeeld als een hormonale therapie wordt vervolgd door een chemotherapie of wanneer van orale chemotherapie wordt overgegaan op chemotherapie per infuus of injectie.

Dus afsluiten 42 dagen na ontslag uit de kliniek tenzij:

- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling tijdens dezelfde klinische opname;
- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;
- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling in een niet klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit de kliniek;
- een toediening per infuus of injectie tijdens dezelfde klinische opname;
- een toediening per infuus of injectie tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;
- een toediening per infuus of injectie in een niet klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit de kliniek.

Behandeling binnen een niet klinisch subtraject:

- Een niet klinisch subtraject met een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie wordt 42 dagen na toediening per infuus of injectie afgesloten (behalve bij acute leukemie). Dit geldt niet indien er een nieuwe toediening per infuus of injectie binnen 42 dagen plaatsvindt, ongeacht of dit klinisch of niet klinisch gebeurt. Het subtraject wordt in die situatie één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en er wordt aansluitend een nieuw subtraject geopend.
- Voor orale oncologische medicatie geldt dat het subtraject 42 dagen na de uitvoerdatum van de eerste begeleidingszorgactiviteit⁹ binnen het subtraject afgesloten wordt. Alleen bij overgang naar een andere soort orale medicinale oncologische behandeling of na een toediening per infuus of injectie wordt het subtraject een dag voor de start van de andere therapie/toedieningsvorm gesloten en aansluitend een nieuw subtraject geopend. Bijvoorbeeld als een hormonale therapie wordt vervolgd door een chemotherapie of wanneer van orale chemotherapie wordt overgegaan op chemotherapie per infuus of injectie.

Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie van acute leukemie:

- Bij een medicinale oncologische behandeling van acute leukemie per infuus of injectie wordt het subtraject gesloten op iedere 30ste behandeldag (klinische dag respectievelijk dagverplegingdag in combinatie met verstrekingscode⁹) of 42 dagen na de laatste behandeldag indien er minder dan 30 behandeldagen zijn geweest.

Toelichting

Voor de bepalingen in artikel 8.2a geldt:

- Indien medicinale oncologische behandeling ter voorbereiding op een stamceltransplantatie plaatsvindt, dient voor het stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose te worden geopend.
- De regels voor medicinale oncologische behandelingen zijn niet van toepassing op blaasspoelingen bij Urologie (zie artikel 8.2.e).

- b. Bij chronische zorg met thuisbeademing wordt telkens na een periode van 30 dagen afgesloten.
Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor thuisbeademing. De voorbereidingsfase wordt afgesloten op de dag voor de start van de chronische thuisbeademing tenzij deze niet leidt tot chronische thuisbeademing. In het laatste geval gelden de algemene regels voor afsluiting als vermeld in artikel 8.1 (1.0000.2).
- c. Chronische zorg met hemodialyse wordt afgesloten telkens na een periode van zeven dagen. Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor hemodialyse (1.0000.3).
- d. Bij niet-klinische subtrajecten Urologie voor behandeling met blaasspoelingen bij interstitiële cystitis wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten (1.0306.1).
- e. Bij niet-klinische subtrajecten Urologie voor behandeling met blaasspoelingen bij blaascarcino-

⁹ Zoals omschreven in registratieaddendum DBC-Onderhoud.

- men wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten (1.0306.2).
- f. Bij niet-klinische subtrajecten Urologie voor behandeling met APD- of andere bisfosfonaat infusen wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten (1.0306.3).
- g. Bij prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (diagnosen V31 t/m V35¹⁰) wordt het subtraject Gynaecologie afgesloten één dag voor de andere prenatale diagnostiek of intra-uteriene ingreep, of conform de algemene regel als vermeld in artikel 8.1 indien de andere diagnostiek of ingreep later dan dit moment start (1.0307.1).
- h. Een subtraject Neonatologie wordt afgesloten op de dag van ontslag (ontslagdatum) van de neonaat uit het ziekenhuis (1.0316.1).
- i. Voor het specialisme Cardiologie worden subtrajecten afgesloten (1.0320.1):
- Indien bij initiële en vervolgsbtrajecten (ZT 11 en 21) de patiënt uit controle of behandeling wordt ontslagen c.q. komt te overlijden.
 - Indien bij initiële en vervolgsbtrajecten (ZT 11 en 21) de patiënt met een aantoonbaar andere, nieuwe zorgvraag komt en voor deze zorgvraag een nieuw zorgtraject (diagnosestelling/behandeling) noodzakelijk is. Dit geldt ook wanneer de patiënt op de SEH komt voor een andere, nieuwe zorgvraag. In deze situaties wordt serieel een nieuw zorgtraject geopend.
 - Indien bij initiële subtrajecten (ZT 11) sprake is van ontslag uit de kliniek of dagverpleging, behalve bij ontslag na een opname in het kader van diagnostiek of cardioversie.
 - Indien bij initiële subtrajecten (ZT 11) de diagnose is gesteld en een medicamenteuze behandeling ingezet wordt.
 - Indien bij initiële subtrajecten (ZT 11) de behandeling is afgerond (in geval van invasieve therapie) en er een langdurig controletraject met de patiënt wordt afgesproken.
- j. Wanneer bij exacerbatie van COPD een heropname plaatsvindt binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname, wordt het subtraject Longgeneeskunde afgesloten en een nieuw subtraject geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe klinische opname. Indien de heropname plaatsvindt na de 42e dag na ontslag, gelden de algemene regels (1.0322.1).
- k. Indien bij een vervolgbehandeling reumatologie (ZT21) de behandelsetting wijzigt, wordt het subtraject Reumatologie afgesloten en mag een nieuw subtraject worden geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de behandeling in de nieuwe setting of conform de algemene regel (genoemd in artikel 8.1), indien de behandeling in nieuwe setting later dan dit moment start.
Echter, indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd gelden de algemene regels. Voorbeelden in tempi: het meer malen toedienen van Remicade of APD- of andere bisfosfonaat infusen (1.0324.1).
- l. Daarnaast geldt voor de Specialistische Revalidatie Behandeling (SRB) de uitzondering dat het subtraject wordt afgesloten één dag voor de start van de nieuwe SRB behandeling of conform de algemene regel indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start. Een SRB behandeling is nooit de primaire behandelvorm en wordt altijd geregistreerd als een parallel zorgtraject naast een reeds lopend zorgtraject (1.0327.1).
Voor het registratiejaar 2012 geldt voor de Revalidatiegeneeskunde de bestaande uitzonderingsregel zoals geformuleerd in de specialisme specifieke toelichting (1.0327.2).
- m. Indien er bij de behandeling Klinische Geriatrie een verergering van het probleem ontstaat waarvoor (opnieuw) een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) noodzakelijk is, wordt het subtraject afgesloten. Vervolgens wordt een nieuw subtraject geopend. Het moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe behandeling of conform de algemene regel indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start (1.0335.1).
- n. Bij de hierna volgende in tempi behandelingen van diverse specialismen mag het subtraject na elke deelbehandeling worden afgesloten. Wachten op het algemeen geldende sluitmoment als omschreven in artikel 8.1 (42, 90 of 365 dagen) is hier niet nodig. Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende deelbehandeling start. Wanneer de volgende deelbehandeling later dan de algemeen geldende sluitmoment als omschreven in artikel 8.1 start geldt deze algemene regel.
Stamceltransplantatie (2.0000.1)
Voor stamceltransplantatie (bij ontvanger) wordt een zorg/subtraject geopend (zo nodig parallel aan het medicinale (cytostatica) behandeltraject).
De volgende drie fasen worden bij stamceltransplantatie onderscheiden:
- Fase 1: selectie/afname;
 - Fase 2: transplantatie;
 - Fase 3: nazorg (posttransplantatie).

¹⁰ Zie bijlage 2, typeringslijst Gynaecologie.



Na iedere fase van de behandeling wordt het subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Transplantatiezorg (2.0000.2)

Voor de begeleiding van ontvangers rond darm-, eilandjes-, (partiele) lever-, nier, nier-en pancreas, en pancreas transplantaties wordt door de specialismen inwendige geneeskunde, MDL en kindergeneeskunde een eigen (eventueel) Parallel) Zorg/Subtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van behandeling onderscheiden:

- Fase 1: pretransplantatie fase/screening ontvangers;
- Fase 2: transplantatiefase ontvangers;
- Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg ontvangers.

Na iedere fase van de behandeling die wordt gevolgd door een nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1 of fase 2, wordt het voorafgaande transplantatie begeleidings subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Voor de begeleiding van donoren rond darm-, eilandjes-, (partiele) lever-, nier, nier-en pancreas, en pancreas transplantaties wordt door de specialismen inwendige geneeskunde, MDL en kindergeneeskunde een eigen (eventueel) Parallel) Zorg/Subtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van behandeling onderscheiden:

- Fase 1: pretransplantatie fase/screening donoren;
- Fase 2: transplantatiefase donoren;
- Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg donoren.

Na iedere fase van de behandeling die wordt gevolgd door een nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1, wordt het voorafgaande transplantatie begeleidings subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Oogheekunde (2.0301.1)

Bij behandeling met intravitreale injecties (diagnose 503, 609, 652, 655, 657, 659, 704, 705, 707, 709, 754, 755, 757 en 759) wordt per intravitreale injectie een subtraject geopend. Wanneer de behandeling met intravitreale injecties eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende intravitreale injectie plaatsvindt.

Oogheekunde (2.0301.2)

Bij behandeling van (sub)retinale pathologie (diagnose 659 en 704) met fotodynamische therapie wordt per fotodynamische therapie een subtraject geopend. Wanneer de fotodynamische therapie bij (sub)retinale pathologie eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fotodynamische therapie plaatsvindt.

Oogheekunde (2.0301.3)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van strabismus (diagnosecodes 204, 205, 209) eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende strabismus operatie plaatsvindt.

Oogheekunde (2.0301.4)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van retina defect/-retinaloslating (diagnosecodes 654) eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende operatieve behandeling van het retina defect/retinaloslating.

Plastische chirurgie (2.0304.1)

Bij mamma-reconstructie vindt afsluiting van het subtraject na iedere operatieve tempi behandeling plaats op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Plastische chirurgie (2.0304.2)

Bij meer transplantatiesessies bij de behandeling van uitgebreide (brand)wonden wordt na iedere transplantatiesessie het subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Urologie (2.0306.1)

Bij niet-klinische ESWL behandeling van urinewegstenen wordt per ESWL behandeling een subtraject geopend. Wanneer de volgende ESWL behandeling eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven moment dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende ESWL behandeling plaatsvindt. Dit geldt ook wanneer een niet-klinische ESWL gevolgd wordt door een operatieve ingreep voor urinewegstenen.

Gynaecologie (2.0307.1)

De subtrajecten bij diagnose F21 'gespecialiseerde technieken' voor stimulatie respectievelijk de IUI/IVF/ICSI technieken en ovulatie-inductie met gonadotrofines worden per cyclus geopend en gesloten (dus 1 subtraject per cyclus). Indien de behandeling in meer ziekenhuizen (transport-IVF/ICSI) plaatsvindt opent ieder ziekenhuis de (deel)behandeling die daar wordt uitgevoerd.

Gynaecologie/obstetrie (2.0307.2)

In de registratie bij obstetrie zijn drie fasen te onderscheiden; diagnosen V11/V21/V41/V42 voor zwangerschapbegeleiding, diagnose V51 voor begeleiding partus met nazorg en nacontrole, en diagnosen V60/V61 voor complicaties na partus uit de eerste/tweedelij. Bij de overgang naar



een andere fase kan het subtraject worden afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Radiotherapie (2.0361.1)

Bij behandeling van metastaseringen of recidief wordt na elke behandeling het subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Artikel 9. Het sluiten van een zorgtraject

De regels voor het sluiten van een zorgtraject zijn afhankelijk van het zorgtype (ZT) van het subtraject. Een zorgtraject wordt gesloten in onderstaande situaties:

- 9.1 Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of 21 wordt afgesloten:
 - a. Op het moment van overlijden van een patiënt;
 - b. 365 dagen na afsluiten van een subtraject indien geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of zijn gepland in de toekomst.
 - c. Voor het poortspecialisme Cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten welke te vinden zijn in artikel 8.2.i.
- 9.2 Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek.
- 9.3 Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (bv. kaakchirurgie) wordt afgesloten direct na uitvoering van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het OVP.
- 9.4 Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 of 52 met betrekking tot een opname op de IC-afdeling wordt afgesloten op het moment dat de patiënt van de IC-afdeling wordt ontslagen. Als het IC zorg/subtraject 51 nog loopt terwijl het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten, wordt het zorg/subtraject 51 afgesloten op het zelfde moment als het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar. Gelijktijdig met het openen van een vervolgsbtraject voor de hoofdbehandelaar wordt een nieuw IC zorg/subtraject 51 geopend. Daarbij geldt dat het subtraject ZT51 met de zorgactiviteiten tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd dient te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 8.1.
- 9.5 Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning aan de hoofdbehandelaar wordt afgesloten wanneer het subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten conform de afsluitregels in artikel 8.1. Daarbij geldt dat het subtraject met de zorgactiviteiten tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar de grouper gestuurd dient te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 8.1.

Artikel 10. Overgangsbepaling complex chronisch longfalen¹¹

- 10.1 *Afsluiting in 2011 van in 2012 voort te zetten behandeling*
Lopende behandelingen 'complex chronisch longfalen' gestart in 2011 moeten voor 1 januari 2012 worden vastgelegd in termen van de in 2011 geldende prestaties en tarieven.
- 10.2 *Openen in 2012 van uit 2011 voortdurende behandelingen*
Lopende behandelingen 'complex chronisch longfalen' gestart in 2011 (en op grond van artikel 10.1 deels geregistreerd), moeten per 1 januari 2012 worden vastgelegd in termen van DBC-zorgproducten en bijbehorende maximumtarieven zoals weergegeven in de DBC-zorgproductgroep 'complex chronisch longfalen' (990022). Als openingsdatum van deze zorgtrajecten moet 1 januari 2012 worden gebruikt.
- 10.3 *Opening nieuwe behandelingen gestart in 2012*
Nieuwe behandelingen 'complex chronisch longfalen' gestart in 2012, worden vastgelegd in termen van DBC-zorgproducten en bijbehorende maximumtarieven zoals weergegeven in de DBC-zorgproductgroep 'complex chronisch longfalen' (990022). Als openingsdatum van deze zorgtrajecten moet een datum vanaf 2 januari 2012 worden gebruikt.
- 10.4 Indien de daartoe aangewezen instellingen DBC-zorgproducten vanuit de zorgproductgroep '990022 – Complex chronisch longfalen' declareren, dan mag er parallel aan het te declareren DBC-zorgproduct geen ander DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
- 10.5 *Toepassing inclusiecriteria per module*

¹¹ Mits geleverd door daartoe in tariefbeschikking aangewezen instelling voor derdelijns long/astma zorg.



Een behandelmodule mag alleen worden ingezet indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria die voor de module gelden.

- 10.6 *Expliciete besluitvorming over inzet module*
De beslissing om een module in te zetten dient genomen te worden door de verantwoordelijke arts en dient expliciet vastgelegd te worden.
- 10.7 Modulen waartoe niet expliciet besloten is door de arts mogen geen deel uitmaken van het zorgprofiel dat aan een grouper wordt aangeboden.
- 10.8 Indien gekozen wordt voor een klinische behandeling dient de overweging om klinisch te behandelen expliciet vastgelegd te worden.
- 10.9 Indien gedurende de klinische behandeling wordt besloten om het programma verder in een dagbehandeling of poliklinische setting te vervolgen, dan dienen deze beslissing en de overweging daarbij expliciet vastgelegd te worden.

Afleiden

Artikel 11. Regels afleiden

- 11.1 De zorgaanbieder gebruikt voor de afleiding uitsluitend een grouper waarvan is gegarandeerd dat deze een 100% betrouwbare, juiste en verifieerbare afleiding verzorgt op basis van de op het moment van opening van het subtraject geldende DOT boomstructuur, -tabellen, en -afsluitregels.
- 11.2 Een grouper als bedoeld in het vorige lid, voldoet aantoonbaar aan de volgende voorwaarden en specificaties:
- Een grouper komt alleen tot afleiding als de input valide is.¹²
 - Een grouper past geen zorgactiviteiten of typering van subtrajecten aan.
 - Een grouper verwijdert de informatie bij een declaratieaanvraag nadat de aanvraag volledig behandeld is.
 - De gegevensverwerking van door zorgaanbieders aangeleverde data door een grouper mag niet worden gelogd (er mag uitsluitend meta-informatie worden bewaard) en is voor personen buiten de zorgaanbieder niet reproduceerbaar.
 - Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, aan de hand waarvan achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd.
 - Een grouper voorziet in een functionaliteit om proefaanleveringen en bepalingen van onderhanden werk te onderscheiden van aanleveringen ten behoeve van declaratie aan zorgverzekeraars.
 - Er bestaat een formele gestandaardiseerde procedure voor de communicatie en uitlevering van nieuwe versies van stamtabellen of softwarespecificaties. Hierin is te allen tijde inzichtelijk welke stamtabellen en specificaties toegepast zijn.
- 11.3 Van een aan een zorgverzekeraar gedeclareerd DBC-zorgproduct moet te allen tijde, middels een hash-functionaliteit, traceerbaar zijn dat het is afgeleid door een bepaalde grouper.
- 11.4 Op eerste verzoek wordt er middels een audit aangetoond dat er wordt voldaan aan de specificaties, zoals genoemd in artikel 11.1 t/m 11.3.

Declareren en betalen

Artikel 12. Algemene declaratiebepalingen

- 12.1 De zorginstelling declareert in één integrale declaratie het totale tarief van het zorgproduct, inclusief het honorarium voor de in de instelling werkzame specialisten. Intramurale vrijgevestigd medisch specialisten declareren de honorariumbedragen aan of via de zorginstelling met inachtneming van de regeling 'Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten'.
- 12.2 Het in het voorgaande lid bedoelde honorarium mag uitsluitend via de zorginstelling worden betaald.
- 12.3 De zorgaanbieder (niet een grouper) als bedoeld in artikel 2 is verantwoordelijk voor de juiste

¹² Onder input worden de data verstaan welke aan een grouper worden aangeboden, zoals subtraject en zorgactiviteiten.



declaratie van een DBC-zorgproduct en/of overig zorgproduct.

- 12.4 Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de dienstverlenende instelling de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de (medisch specialist binnen de) instelling die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd.

Artikel 13. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten

- 13.1 De startdatum van het DBC-zorgproduct bepaalt bij welke zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.¹³
- 13.2 Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de door de NZa vastgestelde registratiebepalingen.
- 13.3 Bij declaratie van een DBC-zorgproduct vermeldt de zorgaanbieder het subtrajectnummer.
- 13.4 Declaratie van parallelle DBC-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.
- 13.5 De declaratie van een DBC-zorgproduct moet een zegel (hash-code) hebben waaruit blijkt dat deze door een grouper is afgeleid.
- 13.6 Het tarief voor uitname van een orgaan bij een levende orgaandonor, wordt in rekening gebracht bij de verzekeraar van en op naam van de ontvanger.

Artikel 14. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

- 14.1 De uitvoeringsdatum van het overige zorgproduct bepaalt bij welke zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.¹⁴
- 14.2 De add-on (zorgactiviteit met de indicatie add-on) mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'los van het zorgproduct' worden gedeclareerd.
- 14.3 Bij declaratie van een add-on wordt het subtrajectnummer van het zorgproduct waarop het betrekking heeft meegestuurd. Indien er sprake is van een IC met zorgtype 52 wordt het (eigen) subtrajectnummer meegestuurd.¹⁵
- 14.4 Een overig zorgproduct (zoals een add-on) wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar waar de verzekering liep ten tijde van de uitvoerdatum van het overige zorgproduct.
- 14.5 Een ondersteunend product (OP) kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns, waarbij dit overige zorgproduct niet leidt tot een zorgtraject, of
 - Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, of
 - Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met Medisch-specialistische zorg zoals beschreven in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met Medisch-specialistische zorg', of
 - Directe toegang tot ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, of orthoptie, waarbij betreffende zorgactiviteiten niet uitgevoerd worden in het kader van een zorgtraject of op aanvraag van een hoofdbehandelaar.
- 14.6 Een overig product (OVP) kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns, waarbij dit overige zorgproduct niet leidt tot een zorgtraject, of;
 - Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, of;
 - Directe toegang tot prenatale screening, waarbij betreffende zorgactiviteiten niet uitgevoerd worden in het kader van een zorgtraject of op aanvraag van een hoofdbehandelaar.

¹³ Indien ten tijde van de openingsdatum van het DBC-zorgproduct de patiënt onverzekerd was of er op dat moment geen aanspraak was, zal het DBC-zorgproduct bij de patiënt worden gedeclareerd.

¹⁴ Indien ten tijde van de uitvoeringsdatum van het overige zorgproduct de patiënt onverzekerd was of er op dat moment geen aanspraak was, zal het overige zorgproduct bij de patiënt worden gedeclareerd.

¹⁵ Dit artikellid is niet van toepassing op add-ons die behoren bij een DBC met openingsdatum in 2011.



- 14.7 Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan door de dienstverlenende instelling geen DBC-zorgproduct of overig zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht. Deze bepaling is niet van toepassing op WBMV-zorg. In dat geval mag de uitvoerende instelling wel een DBC-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels.
- 14.8 Overige trajecten worden los per dag gedeclareerd. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.
- 14.9 Naast de hier vermelde declaratiebepalingen gelden voor overige zorgproducten tevens de bij de desbetreffende prestatieomschrijvingen¹⁶ vermelde specifieke declaratiebepalingen.
- 14.10 Voor productie in het kader van de eerstelijns geldt voor de prestaties Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079996) dat de kostenbedragen gedeclareerd kunnen worden, onafhankelijk van de uitvoerder (klinisch chemicus, hematoloog, medische microbioloog).

Artikel 15. Terugvaloptie

- 15.1 Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct, waarvoor hij geen overeenkomst¹⁷ heeft met de zorgverzekeraar, vóór de op grond van in artikel 8.1 beschreven sluitingsregels vastgestelde sluitingsdatum declareren indien is voldaan aan elk van de onderstaande voorwaarden:
- De behandelend specialist heeft vastgesteld dat de feitelijke behandeling in het kader van het betreffende subtraject is beëindigd; en
 - Alle registratieregels zijn in acht genomen (met dien verstande dat de sluitingsdatum een toekomstige datum is); en
 - Er is geen sprake van uitzonderingen op de afsluitregels, zoals genoemd in artikel 8.2.
- 15.2 Het in het voorgaande lid beschreven recht vervalt met terugwerkende kracht indien de onder a bedoelde behandeling vóór de onder b bedoelde toekomstige sluitingsdatum wordt hervat.

Informereren

Artikel 16. Informatieverplichting bij declaratie

16.1 Informatieverplichting bij declaratie van DBC-zorgproducten

Een declaratie vermeldt minimaal de navolgende gegevens:

- DBC-zorgproduct startdatum:** Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten. Een subtraject wordt afgeleid tot een DBC-zorgproduct en heeft een eigen startdatum.
- DBC-zorgproduct einddatum:** Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten. Een subtraject wordt afgeleid tot een afzonderlijk DBC-zorgproduct en heeft een eigen einddatum.
- (Typerende) Diagnose:** De (typerende) diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (is het subtraject) is getypeerd.
- DBC-declaratiecode:** 6-cijferige code waarmee een relatie wordt gelegd tussen het zorgproduct en het gereguleerde tarief of de afgesproken prijs van het DBC-zorgproduct. In het A-segment wordt aan elk DBC-zorgproduct een DBC-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 14 (verzekerde zorg) en / of 16 (niet verzekerde zorg) gekoppeld. Aan elk individueel DBC-zorgproduct in het B-segment wordt een DBC-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 15 (verzekerde zorg) en / of 17 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.
- Subtrajectnummer:** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd.
- Hash-code¹⁸:** Een code welke aangeeft dat de prestatie door een bepaalde grouper is afgeleid.
- Kostenbedrag en honorariumbedrag:** op de declaratie dient het totale DBC-zorgproduct tarief uitgesplitst te zijn in een kostenbedrag voor de zorginstelling, en één of meer bedragen voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg. Daarbij dient duidelijk herkenbaar te zijn welk deel van het tarief honorarium van vrijgevestigd medisch specialisten betreft. Het totaalbedrag voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg dient gelijk te zijn

¹⁶ Deze zijn te vinden in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

¹⁷ Onder overeenkomst wordt verstaan: een overeenkomst voor de levering van (bepaalde) zorg.

¹⁸ Indien er tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken zijn vastgelegd om het gebruik van een grouper te borgen, is het vermelden van de hash-code bij de declaratie niet verplicht.

- aan de optelling van de honorariumbedragen per specialisme.
- h. **DBC-zorgproductcode:** De DBC-zorgproductcode is opgebouwd uit een DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) aangevuld met de code van het DBC-zorgproduct binnen de groep (drie posities).
 - i. **AGB-code uitvoerend specialisme:** De AGB-code van het specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroep indeling (de AGB-code van de hoofdbehandelaar is hierbij leidend). Deze AGB-code bestaat uit 4 posities.
 - j. **Consumentenomschrijving (lekenomschrijving):** op de declaratie van de zorginstelling aan de patiënt dient voor DBC-zorgproducten de zogenaamde zorgproduct consumentenomschrijving te worden opgenomen.
 - k. **Type verwijzer:** op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
 - 1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 - 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 - 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
 - 4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
 - 5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
 - 6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
 - 7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
 - 8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).
 - l. **AGB-code verwijzer:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder k3, k4, k5, k6 of k7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder vermeld te worden.
 - m. **AGB-code verwijzend specialisme:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder k5, k6 of k7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het specialisme vermeld te worden.
 - n. **Afsluitreden:** De afsluitreden wordt gecodeerd volgens de afsluitreden tabel en geeft de reden van sluiting van het traject weer. De afsluitreden kan volledig automatisch door de lokale ziekenhuisapplicaties worden afgeleid.
 - o. **Indicatie machtiging:** middels 'ja' of 'nee' wordt op de nota aangegeven of de declaratie zorgactiviteiten bevat waarvoor een machtiging is vereist.

16.2 Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

Bij het declareren wordt de voorgeschreven wijze van codering toegepast. Declaraties vermelden indien van toepassing de in dit artikel vermelde gegevens. In artikel 15.3 wordt per soort overig zorgproduct middels een 'x' aangegeven welk van de onderstaande onderdelen a t/m i minimaal moeten worden vermeld bij de declaratie van het overige zorgproduct.

- a. **Uitvoerdatum:** De uitvoerdatum van de zorgactiviteit.
- b. **Subtrajectnummer:** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
- c. Aantal gebruikte eenheden: De gedeclareerde hoeveelheid.
- d. **DBC-zorgproductcode:** De zorgproductcode is de zorgactiviteitcode (zes posities).
- e. **AGB-code uitvoerend specialisme:** De AGB-code van het specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroep indeling (de AGB-code van de hoofdbehandelaar is hierbij leidend). Deze AGB-code bestaat uit 4 posities.
- f. **Type verwijzer:** op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
 - 1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 - 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 - 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
 - 4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
 - 5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
 - 6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
 - 7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).



8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).
 9. Patiënt welke gebruik maakt van directe toegang tot paramedisch hulp (bijvoorbeeld directe toegang tot fysiotherapie).
- g. **AGB-code verwijzer:** Indien er sprake is van type verwijzer zoals genoemd onder f3, f4, f5, f6 of f7 dient op de declaratie een AGB-code van de verwijzende zorgaanbieder vermeld te worden.

16.3 Overzicht minimale informatieverplichting per soort overige zorgproduct

De minimale informatieverplichting bij declaratie per soort prestatie wordt weergegeven in onderstaande tabel. De letters in de kolommen corresponderen met de onderdelen van artikel 16.2.

Tabel 1. Informatieverplichting overige zorgproducten

	a	b	c	d	e	f	g	h	i
Add-on IC's	x	x		x	x	x	x	x	x
Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ondersteunende producten (OP's)	x			x	x	x	x	x	x
Overige producten (OVP's)	x			x	x	x	x	x	x
Overige trajecten	x			x	x	x	x	x	x
Overige verrichtingen	x			x	x	x	x	x	x

Artikel 17. Standaard prijslijst

Zorgaanbieders zoals genoemd in artikel 4 van de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' maken een standaard prijslijst bekend voor prestaties in het vrije en gereguleerde segment.

17.1 De standaard prijslijst dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- a. Een zorgaanbieder maakt een standaard prijslijst bekend volgens het door de NZa meest recent vastgestelde sjabloon 'standaard prijslijst'. (bijlage 2)
- b. De standaardprijslijst vermeldt één prijs voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening kan brengen.
- c. De prijzen op de standaard prijslijst dienen te zijn uitgesplitst in een kostencomponent voor de zorgaanbieder en een totaalbedrag voor de honoraria. De totaalprijs is de niet afgeronde optelling van deze beide delen.
- d. De standaardprijslijst bevat de meest recente prijzen en vermeldt de datum waarop zij in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle prijzen op de standaardprijslijst.
- e. Indien de zorgaanbieder een website heeft, plaatst de zorgaanbieder de standaardprijslijst op de website.
- f. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het voor een consument op eenvoudige wijze mogelijk is om voor aanvang van een behandelingsovereenkomst op afstand kennis te nemen van de standaard prijslijst. Desgevraagd informeert de zorgaanbieder een consument via de telefoon over de prijzen welke zijn genoemd op de standaard prijslijst. Desgevraagd stuurt de zorgaanbieder een consument binnen achtenveertig uur per post of digitaal de gevraagde prijsinformatie toe.



BIJLAGE 1: DIAGNOSE-COMBINATIETABEL

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl.



BIJLAGE 2: SJABLOON STANDAARD PRIJSLIJST

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl.