



Regeling medisch specialistische zorg

20 november 2012

NR/CU-222

Inhoudsopgave

Artikel 1 Grondslag

Ingevolge 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), instellingen voor erfelijkheidsadvisering, op audiologische centra, en instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.

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.

Deze regeling is niet van toepassing op gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's' die tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) omschreven bij of krachtens de Zvw en/of niet verplicht verzekerde tweedelijns curatieve GGZ leveren.

Artikel 3 Inwerkingtreding

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 1 januari 2013. Met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Medisch specialistisch zorg' met kenmerk NR/CU-220 ingetrokken.³

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 2012, treedt deze regeling in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst. Deze regeling kan worden aangehaald als 'Regeling medisch specialistische zorg'.

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 (aanhaakprestatie). Alleen zorg op de Intensive Care (IC) alsmede een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Add-ons vallen onder de categorie 'Supplementaire producten'.

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 zorgverlenerensoort 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 wordt afgeleid tot een DBC-zorgproduct of uitvalproduct.

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.

³ De regeling NR/CU-221 is wel gepubliceerd, maar voor inwerkingtreding ingetrokken en vervangen door NR/CU-222.



4.4 DBC

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) 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 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. Een subtraject dat voldoet aan de voorwaarden met betrekking tot de afleiding ervan, leidt, in combinatie met het zorgprofiel, tot een declarabel DBC-zorgproduct.

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 ICD-10 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 een 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 wanneer deze medisch specialist voor het verlenen van die (medische) zorg op dat moment in de instelling zijn praktijk uitoefent.

4.12 Gereguleerd segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt voor het kostendeel.

4.13 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.

4.14 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.

4.15 Hoofdbehandelaar

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

4.16 ICD-10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), wordt onderhouden door de World Health Organisation (WHO). ICD-10 is gebruikt als basis voor de productstructuur.

4.17 Intercollegiaal consult (ICC)

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

4.18 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.

4.19 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 de hoofdbehandelaar) door een andere instelling of 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.

4.20 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 wel 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).

4.21 *Overige zorgproducten (OZP)*

Een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, te weten supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.⁴

4.22 *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), heilkunde/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).⁵

4.23 *oortfunctie*

De poortfunctie kan door een poortspecialist, medisch specialist van een ondersteunend specialisme, een audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme, respectievelijk dat type van zorg, een typeringslijst heeft vastgesteld. Dit geldt voor: radiologie (0362), anesthesiologie (0389), klinische genetica (0390), audiologie (1900) en geriatrische revalidatiezorg (8418).

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

4.24 *Specialist ouderengeneeskunde*

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

4.25 *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 van de regeling medisch specialistische zorg. Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een (DBC-)zorgproduct of een uitvalproduct. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.

4.26 *Typeringslijst*

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

4.27 *Uitvalproduct*

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

4.28 *Verpleeghuis*

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

4.29 *Vrij segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt voor het kostendeel.

4.30 *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.

4.31 *Zorgproduct*

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

4.32 *Zorgprofiel*

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

4.33 *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.

⁴ Tot en met 2012 bestonden overige zorgproducten uit vijf categorieën, te weten: add-ons, ondersteunende producten (OP), overige producten (OVP), overige trajecten en overige verrichtingen.

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



Registreren

Artikel 5. Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist⁶ meldt óf, indien dat eerder is, op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van deze nieuwe zorgvraag.
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. De daadwerkelijke verleende zorg wordt vastgelegd⁷ in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.
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. De poortspecialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose en beperkt zich daarbij tot de componenten vermeld op de voor dat specialisme of type van zorg geldende typeringslijst.⁸
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 typeringen en vastlegging van de uitgevoerde zorgactiviteiten op juistheid te controleren.
7. Add-ons kunnen uitsluitend geregistreerd worden in combinatie met een subtraject.⁹ Dit geldt niet voor een add-on intensive care, met zorgtype 52.
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.
9. Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
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.

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 gedeclareerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject¹⁰ (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:
 - Het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:
 1. minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen en/of,
 2. minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3.¹¹

⁶ Waar in de artikelen 5 tot en met 11 van deze regeling wordt gesproken over 'medisch specialist' kan daarmee ook worden bedoeld: de audioloog of de specialist ouderengeneeskunde.

⁷ Onder vastleggen wordt hier mede begrepen, het op een juiste manier vertalen van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten.

⁸ Ieder specialisme kent een eigen typeringslijst.

⁹ Deze voorwaarde is niet van toepassing indien de toediening in het buitenland plaatsvindt en de betreffende add-on in Nederland wordt gedeclareerd.

¹⁰ Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

¹¹ In uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:

- minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing en/of,
- minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of,
- minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen.



- De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komt niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1).
- b. Voor paralleliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:
 - Indien sprake is van beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel, mogen twee zorgtrajecten worden gedeclareerd.
 - In alle andere situaties mag één zorgtraject worden gedeclareerd.
- c. Bij paralleliteit 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 interventieradioloog en de anesthesist als pijnbestrijder.

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

Het specialisme cardiologie kent geen paralleliteit, behalve bij ICC, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.

2. Een zorgtraject met subtraject ZT13¹² wordt door de poortspecialist geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Hierbij geldt het volgende:
 - Een ICC mag alleen worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of IC-behandeldagen zijn geregistreerd.
 - Bij een dagverpleging mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.
 - Een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) 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 (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.
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 (kaakchirurgie), een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek, prenatale screening of het overig zorgproduct fundusfotografie levert aan een patiënt. Indien dit overig zorgproduct binnen één week na het moment van uitvoering leidt tot opening van een zorg- en subtraject, kan dit overig zorgproduct niet worden gedeclareerd.

In dat geval dient het zorg- en subtraject met ZT41 te worden gewijzigd in een zorg- en subtraject met ZT11, maakt de zorgactiviteit deel uit van het zorg- en subtraject en is er geen sprake meer van een overig zorgproduct. Het DBC zorg- en subtraject krijgt hierbij als startdatum de datum waarop het overig zorgproduct is uitgevoerd.

Toelichting

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

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 en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC. 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

¹² Het specialisme geriatrie revalidatiezorg beschikt niet over het zorgtype 13. Het ICC valt voor dit specialisme onder zorgtype 11.



- 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 voor de IC af.

- 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 koppelmechanisme 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;
- Als een reguliere behandeling of controletraject na het afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21¹³, wordt vervolgd (zie artikel 8).

Op het moment dat binnen 365 dagen na afsluiten van het voorgaande subtraject een zorgactiviteit wordt geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject moet aansluitend op het voorgaande subtraject met ZT11 of ZT21 een vervolg subtraject worden geopend.

Toelichting

Als in de periode na afsluiten van het voorgaande subtraject binnen 365 dagen geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject, hoeft dus geen vervolg subtraject te worden geopend.

Artikel 8. Het sluiten van een subtraject

1. Een subtraject met een ZT11 of 21 (initiële of vervolgbehandeling) wordt gesloten:
 - a. Bij een klinisch subtraject met ZT11 en 21:
 - Op de 42e dag na ontslagdatum.¹⁴
 - Wanneer binnen deze 42-dagen periode na (de laatste) ontslagdatum nog een dagverple-

¹³ Het specialisme consultatieve psychiatrie beschikt niet over het zorgtype 21.

¹⁴ De ontslagdatum is de datum dat de laatste verpleegdag of IC-behandelddag is geregistreerd. Het werkelijke ontslag kan op een latere datum plaatsvinden, bijvoorbeeld indien er sprake is van 'verkeerde bed'.

- ging (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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Op de 365e dag indien het subtraject na 365 dagen nog open staat. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.
2. Van de in artikel 8.1 vermelde algemene afsluitregels mag uitsluitend worden afgeweken indien zich één of meer van de in dit artikellid opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitingsregel.¹⁵
- a. 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.
- Voor kinderoncologische behandelingen in een centrum voor Kindergeneeskunde Oncologische behandeling met SKION-stratificatie gelden andere sluitingsregels (zie 1.0316.2).

Medicinale oncologische behandelingen binnen initiële (ZT11) subtrajecten

Wanneer binnen een initieel (ZT11) subtraject besloten wordt tot een medicinale oncologische behandeling, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de datum van de toediening per infuus of injectie en/of de begeleiding bij orale oncologische medicatie. Aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend en gaan de regels voor medicinale oncologische behandelingen binnen vervolg (ZT21) subtrajecten gelden.

Medicinale oncologische behandelingen binnen vervolg (ZT21) subtrajecten.

Behandeling binnen een klinisch subtraject:

Een klinisch subtraject ZT21 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.

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 gelden de algemene regels voor het afsluiten van klinische subtrajecten ZT21 (zie artikel 8.1). 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:

¹⁵ Het nummer achter de uitzonderingregel correspondeert met het registratieaddendum van DBC-Onderhoud (zie bijlage 2).

- – 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 ZT21 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 ZT21 42 dagen na de uitvoerdatum van de eerste begeleidingszorgactiviteit¹⁶ 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 ZT21 gesloten op iedere 30ste behandeldag (klinische dag respectievelijk dagverplegingdag) of 42 dagen na de laatste behandeldag indien er minder dan 30 behandel-dagen 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 dialyse wordt afgesloten telkens na een periode van zeven dagen. Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor dialyse. Voor chronische dialyse wordt een apart zorgtraject geopend (zo nodig parallel aan de aandoening waarvoor de dialyse wordt gegeven) (1.0000.3).
Een zorgactiviteit voor dialyse mag maar eenmaal per dialyse worden geregistreerd. Deze zorgactiviteit wordt gekoppeld aan het zorgtraject waarvoor de dialyse wordt uitgevoerd. Indien de patiënt tijdelijk dialyseert in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt regulier in behandeling is, mogen beide instellingen een eigen zorgtraject registreren.
- 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 blaascarcinomen 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).

¹⁶ Zoals omschreven in registratieaddendum (zie bijlage 2).



- g. Bij prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (diagnosen V31, V32 en V35¹⁷) 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 neonat uit het ziekenhuis (1.0316.1). Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.
- i. De looptijd van kideroncologische subtrajecten in een centrum voor Kindergeneeskunde Oncologische behandeling met SKION stratificatie is altijd 365 dagen (1.0316.2). Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.
- j. Voor het specialisme cardiologie gelden voor subtrajecten met ZT11 en ZT21 niet de algemene afsluitregels maar wordt het subtraject als volgt afgesloten (1.0320.1):
- op datum van ontslag uit de kliniek of dagverpleging behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of cardioversie;
 - wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend;
 - bij overlijden van de patiënt.
Bij opname in de kliniek of dagverpleging wordt het subtraject afgesloten:
Bij een poliklinisch subtraject wordt het subtraject afgesloten:
 - subtraject met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject; tenzij zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend. In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten.
 - subtraject met ZT21: op de 365e dag na de opening van het subtraject; tenzij zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend. In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten
 - bij overlijden van de patiënt.
- k. 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).
- l. Indien bij een vervolgbehandeling reumatologie (ZT21) de behandelsetting wijzigt, wordt het subtraject reumatologie afgesloten en mag per een daarop volgende dag 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 meerdere malen toedienen van Remicade of APD- of andere bisfosfonaat infusen (1.0324.1).
- m. Voor revalidatiegeneeskunde (niet zijnde geriatrische revalidatiezorg) geldt dat subtrajecten worden afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste revalidatiegeneeskundige zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaats vindt gaat de termijn van 42-dagen opnieuw lopen en wordt deze afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste verrichting (1.0327.3).
- n. Voor de geriatrische revalidatiezorg geldt dat de subtrajecten worden afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste geriatrische revalidatiezorg zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaatsvindt gaat de termijn van 42 dagen opnieuw lopen en wordt deze afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste verrichting (1.8418.1).
- o. 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 aansluitend 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).
- p. Radiotherapie (2.0361.1)
Van de algemene afsluitregels wordt afgeweken indien (zowel) een behandeling van metastaseringen of recidief wordt gestart, als er een subtraject van radiotherapie open staat. In dat geval is het moment van afsluiten van het openstaande subtraject één dag voor de start van de nieuwe behandeling, of conform de algemene regel (zie artikel 8.1) indien de behandeling later dan dit moment start. Een behandeling bevat alle bestralingen

¹⁷ Zie bijlage 2 bij de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', typeringslijst gynaecologie.



die onderdeel uitmaken van het behandelplan.

Bij radiotherapie kunnen parallelle zorgtrajecten geopend worden bij:

- Combinatiebehandelingen

Voor combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/of hyperthermie wordt per soort behandeling een afzonderlijk (parallel) zorgtraject geopend.

- Uitwendige bestraling

Voor uitwendige bestraling geldt dat parallelle zorgtrajecten zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn.

Behandeling van twee isocentra betekent twee zorgtrajecten.

q. Klinische genetica (1.0390.1)

Het gehele erfelijkheidsadviseurstraject valt binnen één subtraject. Op de 90e dag na opening wordt het subtraject afgesloten als er minimaal 1 zorgactiviteit voor erfelijkheidsadviseur geregistreerd is. Als dit niet het geval is dan blijft dit subtraject maximaal 365 dagen open, tenzij de zorgactiviteit 'erfelijkheidsadviseur complex' geregistreerd wordt. In dit laatste geval wordt het traject afgesloten op de dag van uitvoering van deze zorgactiviteit.

r. Complex chronische longfalen (Longastma centra)

Voor klinische behandeltrajecten geldt dat het subtraject gesloten wordt op uiterlijk de 42e dag na de datum waarop de laatste zorgactiviteit, uit range 193200 t/m 193243 (modules), heeft plaatsgevonden. Poliklinische subtrajecten worden afgesloten op uiterlijk de 90ste dag na de datum waarop de laatste zorgactiviteit, uit range 193200 t/m 193243 (modules), heeft plaatsgevonden.

Bij het tussentijds afbreken van de behandeling wordt de zorgactiviteitscode 'afgebroken behandeling' (193291) geregistreerd en het subtraject afgesloten volgens de algemene regels voor het afsluiten van subtrajecten (zie artikel 8.1). Indien een patiënt echter binnen 42 dagen na afbreking van een klinische behandeling of binnen 90 dagen na afbreking van een poliklinische behandeling opnieuw in behandeling wordt genomen, dan wordt dit als een voortzetting van de eerder afgebroken behandeling beschouwd en dient het subtraject heropend te worden.

De producten intake en assessment kunnen alleen separaat gedeclareerd worden indien besloten is de behandeling niet te vervolgen. Indien na intake of assessment wordt besloten om het traject met de patiënt te vervolgen, maar dit vervolg wordt niet gestart, dan geldt de afsluitermijn van 365 dagen (1.0000.4).

s. Bij de hierna volgende in tempi behandelingen van diverse specialismen mag het subtraject na één van de beschreven in tempi behandelingen worden afgesloten wanneer de volgende in tempi behandeling van start gaat. 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 het 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).

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

Fase 3 wordt op de 365e dag na opening van het nazorgtraject afgesloten tenzij hertransplantatie (een nieuwe fase 1 en/of 2) plaatsvindt. In dat geval wordt het subtraject van fase 3 afgesloten één dag voor de dag dat fase 1 of fase 2 start.

Begeleiding orgaantransplantatiezorg door beschouwende specialismen (2.0000.2)

Voor de begeleiding van ontvangers rond orgaantransplantaties¹⁸ wordt door de specialismen cardiologie, inwendige geneeskunde, longgeneeskunde, MDL en kindergeneeskunde een eigen (eventueel) parallel) zorg/subtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van behandeling onderscheiden:

- Fase 1: pretransplantatie fase/screening ontvangers;

¹⁸ Betreft transplantaties van darm, eilandjes, (partiële) lever, nier, pancreas en transplantaties van nier en pancreas.

- Fase 2: transplantatiefase ontvangers;
- Fase 3: postransplantatie 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.s genoemde moment.

Voor de begeleiding van donoren rond orgaantransplantaties 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: postransplantatie 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.s genoemde moment.

Orgaantransplantatiezorg snijdende specialismen (2.000.3)

Wanneer een hertransplantatie eerder uitgevoerd wordt dan het in artikel 8.1 voorgescreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt (dus op het in artikel 8.2.s genoemde moment).

Het plaatsen van een lange termijn steunhart wordt beschouwd als een (voortraject) orgaantransplantatie. Dus ook bij het vervangen van een steunhart geldt bovenstaande sluitregel.

Oogheelkunde (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 voorgescreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende intravitreale injectie plaatsvindt.

Oogheelkunde (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 voorgescreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fotodynamische therapie plaatsvindt.

Oogheelkunde (2.0301.3)

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

Oogheelkunde (2.0301.4)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van retina defect/-retinaloslating (diagnosecodes 654) eerder start dan het in artikel 8.1 voorgescreven 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.s 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.s 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 voorgescreven 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 respectieve-



lijk 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. Het subtraject wordt gesloten op de 42e dag na de start van behandelcyclus tenzij binnen 42 dagen een nieuwe behandelcyclus start.

Het subtraject wordt dan één dag voor de datum van start van de nieuwe behandelcyclus gesloten en aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend.

Kindergeneeskunde (2.0316.1)

Voor de niet-klinische chronische verstrekking van geneesmiddelen per infuus of per injectie (voor niet oncologische indicatie), wordt per drie verstrekkingen een subtraject geopend. Wanneer de vierde verstrekking eerder plaatsvindt dan het in artikel 8.1 voorgescreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende verstrekking per infuus of injectie plaatsvindt (dus op het in artikel 8.2.s genoemde moment).

Kindergeneeskunde (2.0316.2)

Voor de niet-klinische behandeling met bloedtransfusies op niet oncologische indicatie wordt per drie bloedtransfusies een subtraject geopend. Wanneer de vierde bloedtransfusie eerder plaatsvindt dan het in artikel 8.s voorgescreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in artikel 8.2.s genoemde moment).

Kindergeneeskunde (2.0316.3)

Voor de niet-klinische behandeling met bloedtransfusies op oncologische indicatie in centra zonder SKION stratificatie, wordt per bloedtransfusie een subtraject geopend. Wanneer de volgende bloedtransfusie eerder plaatsvindt dan het in artikel 8.1 voorgescreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in artikel 8.2.s genoemde moment).

3. Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de klinische opname van het bijbehorende zorgtraject wordt beëindigd.
4. Een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt) wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.
5. 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.

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:

- 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. De afsluitregels voor subtrajecten van cardiologie (zoals omschreven in artikel 8.2.j gelden ook voor het afsluiten van zorgtrajecten cardiologie.
- 2 Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek.
- 3 Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt) wordt afgesloten direct na uitvoering van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het overig zorgproduct.
- 4 Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 of 52, met betrekking tot een opname op de IC-afdeling en een IC intercollegiaal consult buiten de IC, wordt afgesloten op het moment dat de patiënt van de IC-afdeling wordt ontslagen of op de dag van uitvoering van het IC intercollegiaal consult. Als het IC zorg/subtraject 51 nog loopt terwijl het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten, wordt het zorg/subtraject 51 afgesloten op hetzelfde moment als het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar. Gelijktijdig met het openen van een



vervolg subtraject voor de hoofdbehandelaar wordt een nieuw IC zorg/subtraject 51 geopend. Daarbij geldt dat het subtraject ZT51 met de zorgactiviteiten tegelijk met het bovenliggende 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 8.5.

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

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.
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.
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.
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.
5. Toepassing inclusiecriteria per module
Een behandelmodule mag alleen worden ingezet indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria die voor de module gelden.
6. Expliciete besluitvorming over inzet modulen
De beslissing om een module in te zetten dient genomen te worden door de verantwoordelijke arts en dient expliciet vastgelegd te worden.
7. 10.7 Modulen waartoe niet expliciet besloten is door de arts mogen geen deel uitmaken van het zorgprofiel dat aan een grouper wordt aangeboden.
8. Indien gekozen wordt voor een klinische behandeling dient de overweging om klinisch te behandelen expliciet vastgelegd te worden.
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.

Artikel 11. Overgangsbepaling geriatrische revalidatiezorg

1. Afsluiting in 2012 van in 2013 voort te zetten behandeling
Lopende behandelingen 'geriatrische revalidatiezorg' gestart in 2012 moeten tot 1 januari 2013 worden vastgelegd in termen van de in 2012 geldende prestaties en tarieven.
2. Openen zorgtrajecten in 2013 van uit 2012 voortdurende behandelingen
Lopende behandelingen 'geriatrische revalidatiezorg' gestart in 2012, moeten per 1 januari 2013 worden vastgelegd in zorgactiviteiten zoals weergegeven in de DBC-zorgactiviteit codes 'GRZ' (194800 t/m 194842) en onder toepassing van de DBC registratievoorschriften. Als openingsdatum van deze zorgtrajecten moet 1 januari 2013 worden gebruikt.
3. Openen zorgtrajecten voor behandelingen gestart in 2013



Behandelingen 'geriatrische revalidatiezorg gestart in 2013, worden vastgelegd in zorgactiviteiten zoals weergegeven in de DBC-zorgproductgroep 'Geriatrische revalidatiezorg' (998418). Als openingsdatum van deze zorgtrajecten moet een datum vanaf 2 januari 2013 worden gebruikt.

Afleiden

Artikel 12 Regels afleiden

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.
2. Een grouper als bedoeld in het vorige lid, voldoet aantoonbaar aan de volgende voorwaarden en specificaties:
 - a. Een grouper komt alleen tot afleiding als de input valide is.²⁰
 - b. Een grouper past geen zorgactiviteiten of typering van subtrajecten aan.
 - c. Een grouper verwijdert de informatie bij een declaratieaanvraag nadat de aanvraag volledig behandeld is.
 - d. 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.
 - e. Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, aan de hand waarvan achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd.
 - f. Een grouper voorziet in een functionaliteit om proefaanleveringen en bepalingen van onderhanden werk te onderscheiden van aanleveringen ten behoeve van declaratie aan zorgverzekeraars.
 - g. 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.
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.
4. Op eerste verzoek wordt er middels een audit aangetoond dat er wordt voldaan aan de specificaties, zoals genoemd in artikel 12.1 t/m 12.3.

Declareren en betalen

Artikel 13. Algemene declaratiebepalingen

1. De zorginstelling declareert in één integrale declaratie het totale tarief van het zorgproduct, inclusief het honorarium (indien van toepassing) 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'.
2. Het in het voorgaande lid bedoelde honorarium mag uitsluitend via de zorginstelling worden betaald.
3. De zorgaanbieder (niet een grouper) als bedoeld in artikel 2 is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een DBC-zorgproduct en/of overig zorgproduct.
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 14. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten

1. De startdatum van het DBC-zorgproduct bepaalt bij welke zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.²¹
2. Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd

²⁰ Onder input worden de data verstaan welke aan een grouper worden aangeboden, zoals subtraject en zorgactiviteiten.

²¹ 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.



volgens de door de NZa vastgestelde registratiebepalingen.

3. Bij declaratie van een DBC-zorgproduct vermeldt de zorgaanbieder het subtrajectnummer.
4. Declaratie van parallelle DBC-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.
5. De declaratie van een DBC-zorgproduct moet een zegel (hash-code) hebben waaruit blijkt dat deze door een grouper is afgeleid.
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.
7. Wanneer een cardioloog en een cardiochirurg tezamen een AICD-implantatie uitvoeren, dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
8. Een DBC-zorgproduct voor topreferente kinderoncologie (990116005, 990116009, 990116010, 990116014, 990116015, 990116016, 990116019, 990116020, 990116022, 990116023, 990116025, 990116027 en 990116029) kan niet in combinatie met een ander DBC-zorgproduct kindergeneeskunde (zorgproductgroep 990116) worden gedeclareerd.
9. Wanneer een kinderarts en een neuroloog tezamen een epilepsie behandeling (zorgproductgroep 69899) uitvoeren, dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct uit de zorgproductgroep 69899 worden gedeclareerd.

Artikel 15. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

1. Een overig zorgproduct wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar waar de verzekering liep ten tijde van de uitvoerdatum van het overige zorgproduct.²²
2. Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijns diagnostiek, paramedische zorg en behandeling en overige verrichtingen, kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
 - a. Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns,²³ waarbij dit overige zorgproduct niet binnen één week na uitvoering leidt tot opening van een zorgtraject, of
 - b. Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, of
 - c. 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
 - d. Directe toegang tot ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, orthoptie of prenatale screening, waarbij betreffende zorgactiviteiten niet uitgevoerd worden in het kader van een zorgtraject of op aanvraag van een hoofdbehandelaar.²⁴
3. 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.
4. De add-on (zorgactiviteit met de indicatie add-on) mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'los van het zorgproduct' worden gedeclareerd.
5. De add-ons IC-toeslagen (190126, 190135, 190142, 190127, 190136, 190143, 190128, 190137, 190144) mogen alleen in combinatie met IC-behandeldagen (190125, 190134, 190141) worden gedeclareerd (dus niet in combinatie met de add-ons voor de neonatale IC en de pediatrie IC (190150, 190151)).

²² 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.

²³ Voor een overig zorgproduct spermaonderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110) is ingeval dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitsspreekuur verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk.

²⁴ De zorgaanbieder moet te allen tijde kunnen aantonen dat de uitgevoerde behandeling i.h.k.v. directe toegang niet voortvloeit uit de zorgvraag van een bestaand zorgtraject.



6. 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.²⁵
7. Een add-on weesgeneesmiddel mag alleen gedeclareerd worden indien geleverd door een daartoe in een tariefbeschikking aangewezen instelling.²⁶
8. Overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.
9. De overige zorgproducten (039702 t/m 039736, 039741 t/m 039752, 039760 t/m 039793, 039796 t/m 039806, 039863 en 039864) voor klinische neurofysiologie (KNF) mogen naast een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd, indien:
 - het overige zorgproduct wordt uitgevoerd door een klinisch neurofysioloog, en
 - het overig zorgproduct niet wordt uitgevoerd ten behoeve van een zorgtraject (en het bijbehorende DBC-zorgproduct) neurologie (0330), en
 - er sprake is van een substantiële afwijking van de inzet van de klinische neurofysioloog ten opzichte van het landelijk gemiddelde profiel, en
 - er een contractuele overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.
10. Naast de hier vermelde declaratiebepalingen gelden voor overige zorgproducten tevens de bij de desbetreffende prestatieomschrijvingen²⁷ vermelde specifieke declaratiebepalingen.
11. 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 16. Terugvaloptie

1. Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct waarvoor hij geen overeenkomst²⁸ 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:
 - a. De behandelend specialist heeft vastgesteld dat de feitelijke behandeling in het kader van het betreffende subtraject is beëindigd; en
 - b. Alle registratieregels zijn in acht genomen (met dien verstande dat de sluitingsdatum een toekomstige datum is); en
 - c. Er is geen sprake van uitzonderingen op de afsluitregels, zoals genoemd in artikel 8.2.
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 17. Informatieverplichting bij declaratie

1. Informatieverplichting bij declaratie van DBC-zorgproducten
Een declaratie vermeldt minimaal de navolgende gegevens:
 - a. *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.
 - b. *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.
 - c. *Zorgtype*: Het zorgtype is een component binnen de DBC-registratie waarmee het type subtraject wordt aangeduid. Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten (zorgtype 11), vervolg subtrajecten (zorgtype 21) en intercollegiale consulten (zorgtype 13).
 - d. *(Typerende) Diagnose*: De (typerende) diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (is het subtraject) is getypeerd.
 - e. *DBC-declaratiecode*: 6-cijferige code waarmee een relatie wordt gelegd tussen het zorgproduct

²⁵ Dit artikellid is niet van toepassing op add-ons die behoren bij een DBC met openingsdatum in 2011.

²⁶ Deze declaratiebepaling is niet van toepassing op de add-ons voor het weesgeneesmiddel lenalidomide (zorgproductcodes 194600 t/m 194603).

²⁷ Deze zijn te vinden in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

²⁸ Onder overeenkomst wordt verstaan: een overeenkomst voor de levering van (bepaalde) zorg.



en het gereguleerde tarief of de afgesproken prijs van het DBC-zorgproduct.

In het gereguleerde 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 vrije segment wordt een DBC-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 15 (verzekerde zorg) en / of 17 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.

f. *Subtrajectnummer*: Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd.

g. *Hash-code*²⁹: Een code welke aangeeft dat de prestatie door een bepaalde grouper is afgeleid.

h. *Kostenbedrag en honorariumbedrag*: op de declaratie dient het totale DBC-zorgproduct tarief uitgesplitst te zijn³⁰ in een kostenbedrag voor de zorginstelling, en een bedrag voor de honoraria voor de medisch specialisten. Het totaalbedrag voor de honoraria voor de medisch specialisten dient gelijk te zijn aan de optelling van de honorariumbedragen per specialisme.

i. *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).

j. *AGB-code uitvoerend specialisme*: De AGB-code van het uitvoerend specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroep indeling (de AGB-code van de hoofdbehandelaar is hierbij leidend). Deze AGB-code bestaat uit 4 posities.

k. *Consumentenomschrijving (lekenomschrijving)*: op de declaratie van de zorginstelling aan de patiënt dient voor DBC-zorgproducten de zogenaamde zorgproduct consumentenomschrijving te worden opgenomen.

l. *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 vervolg traject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).³¹

m. *AGB-code verwijzer*: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder l3, l4 en l6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.

n. *AGB-code verwijzer*: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder l5 en l7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.

o. *AGB-code verwijzend specialisme*: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder l5, l6 of l7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het verwijzend specialisme vermeld te worden.

p. *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.

q. *Indicatie machtiging*: middels 'ja' of 'nee' wordt op de nota aangegeven of de declaratie zorgactiviteiten bevat met een aanspraakbeperking (aanspraakcode beginnend met 27). Of er daadwerkelijk een machtiging wordt vereist door de verzekeraar hangt mede af van de geregistreerde diagnosecode.

2. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

Een declaratie vermeldt minimaal de navolgende gegevens. In artikel 17.3 wordt per soort overig zorgproduct middels een 'x' aangegeven welk van de onderstaande onderdelen a t/m j minimaal moeten worden vermeld bij de declaratie van het overige zorgproduct.

a. *Uitvoerdatum*: De uitvoerdatum van de zorgactiviteit.

²⁹ 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.

³⁰ De verplichting voor uitsplitsing geldt niet als het zorgproduct alleen een kostenbedrag (integrale tarieven) heeft zoals een groot deel van de producten voor (geriatrische) revalidatiegeneeskunde en klinische genetica.

³¹ Dit type verwijzer kan ook worden gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft.



- 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. *Zorgproductcode*: De zorgproductcode is de zorgactiviteitcode (zes posities).
- e. *AGB-code uitvoerend specialisme*: De AGB-code van het uitvoerend 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 vervolg traject 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 genoemd onder f3, f4 en f6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
- h. *AGB-code verwijzer*: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder f5 en f7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
- i. *AGB-code verwijzend specialisme*: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder f5, f6 of f7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het specialisme vermeld te worden.
- j. *Kostenbedrag en honorariumbedrag*: op de declaratie dient het totale zorgproduct tarief uitgesplitst te zijn³² in een kostenbedrag voor de zorginstelling en een bedrag voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg. Daarbij dient duidelijk herkenbaar te zijn welk deel van het tarief honorarium van medisch specialisten betreft.

3. Overzicht minimale informatieverplichting per soort overige zorgproduct
De minimale informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten wordt weergegeven in onderstaande tabel. Voor de add-on IC en add-on dure en weesgeneesmiddelen geldt een aanvullende informatieverplichting. De letters in de kolommen corresponderen met de onderdelen van artikel 17.2.

Tabel 1. Informatieverplichting overige zorgproducten

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
Overige zorgproducten	x			x	x	x	x	x	x	x
Add-on IC's	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Artikel 18. 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.

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 3).
 - b. De standaard prijslijst 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

³² De verplichting voor uitsplitsing geldt niet als het overige zorgproduct alleen een kostenbedrag kent.



-
- zorgaanbieder en een totaalbedrag voor de honoraria. De totaalprijs is de niet afgeronde optelling van deze beide delen.
- d. De standaard prijslijst bevat de geldende prijzen en vermeldt de datum waarop zij in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle prijzen op de standaard prijslijst.
 - e. Indien de zorgaanbieder een website heeft, plaatst de zorgaanbieder de standaard prijslijst van jaar t en t-1 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.

*de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,
T.W. Langejan,
Voorzitter.*



BIJLAGE 1: DIAGNOSE-COMBINATIETABEL

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



BIJLAGE 2: REGISTRATIEADDENDUM

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



BIJLAGE 3: SJABLOON STANDAARD PRIJSLIJST

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