



Regeling medisch specialistische zorg

Vastgesteld op 12 november 2013

Nadere Regel NR/CU-240

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Artikel 1. Grondslag	1
Artikel 2. Reikwijdte	1
Artikel 3. Doel	2
Artikel 4. Inwerkingtreding	2
Artikel 5. Begrippen en afkortingen	2
Registreren	4
Artikel 6. Algemene registratiebepalingen	4
Artikel 7. Het openen van een zorgtraject	5
Artikel 8. Het openen van een subtraject	7
Artikel 9. Het sluiten van een subtraject	7
Artikel 10. Het sluiten van een zorgtraject	13
Artikel 11. Overgangsbepaling geriatrie revalidatiezorg	14
Afleiden	14
Artikel 12. Regels afleiden	14
Declareren en betalen	14
Artikel 13. Algemene declaratiebepalingen	14
Artikel 14. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten	15
Artikel 15. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten	15
Artikel 16. Terugvaloptie	17
Informeren	17
Artikel 17. Informatieverplichting bij declaratie	17
Artikel 18. Standaard prijslijst	19
Bijlage 1: Diagnose-combinatietabel	21
Bijlage 2: Registratieaddendum	22
Bijlage 3: Overzicht zorgactiviteiten op nota	23
Bijlage 4: Sjabloon standaard prijslijst	24

Inleiding

Artikel 1. Grondslag

Op grond van 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 zorg¹ (met uitzondering van sanatoria en abortusklinieken), instellingen voor erfelijkheidsadviesing, op audiologische centra, instellingen die geriatrie revalidatiezorg leveren en trombosediensten.

Deze regeling is ook van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden.

Deze regeling is ook van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren bestaande uit handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg² of werkzaamheden in het kader van de beroepsuitoefening³ voor zover deze handelingen en werkzaamheden niet zijn begrepen onder het hierboven genoemde.

Deze regeling is niet van toepassing op tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Hieronder valt de tweedelijns curatieve GGZ als omschreven bij of krachtens de Zvw die wordt geleverd door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's', en niet verplicht verzekerde tweedelijns curatieve GGZ.

¹ Per 1 januari 2014 moeten huisartsenlaboratoria ook aan artikel 17.2 van deze regeling voldoen voor het declareren van prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek.

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

³ Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

Artikel 3. Doel

In deze regeling legt de NZa regels vast die een zorgaanbieder in acht moet houden bij het leveren van prestaties en tarieven van medisch specialistische zorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, audiologische zorg, geriatrische revalidatiezorg.

Artikel 4. Inwerkingtreding

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 1 januari 2014. Met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Medisch specialistisch zorg' met kenmerk NR/CU-237 ingetrokken.

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 2013, 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 5. Begrippen en afkortingen

In deze regeling worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

5.1. *Add-on*

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

5.2 *AGB-code*

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

5.3 *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. De NZa stelt de beslisbomen vast.

5.4 *DBC*

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een declarabele prestatie, dat het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject 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.

5.5 *DBC-zorgproduct*

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

5.6 *DBC-zorgproductcode*

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

5.7 *DBC-zorgproductgroep*

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

5.8 *DBC-zorgproductgroepcode*

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

5.9 *Declaratiedataset*

De verzameling gegevens die nodig is om één of meerdere declarabele prestaties af te leiden in een grouper.

5.10 *Diagnose-combinatietabel*

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

5.11 *Eigen patiënt*

Een patiënt geldt voor een medisch specialist of instelling als eigen patiënt als deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot de medisch specialist. Deze medisch specialist wordt aangemerkt als hoofdbehandelaar wanneer deze specialist voor het verlenen van (medische) zorg op dat moment in de instelling zijn praktijk uitoefent.

5.12 *Gereguleerd segment*

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

5.13 *Grouper*

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

5.14 *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.

5.15 *Hoofdbehandelaar*

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

5.16 *CD-10*

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.

5.17 *Kostenbedrag (of kostencomponent)*

Het bedrag per 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.

5.18 *Onderlinge dienstverlening*

Onderlinge dienstverlening is het onderling afspraken maken en verrekenen van diensten tussen zorgaanbieders. 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.

Er is dus sprake van onderlinge dienstverlening als zorg geleverd wordt tussen:

- instelling x en instelling y (één van beiden is hoofdbehandelaar), of;
- een medisch specialist en een andere instelling (één van beiden is hoofdbehandelaar).

Indien deze prestatie is uitgedrukt in zorgactiviteiten behoren deze tot het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

5.19 *Ondersteunend specialist*

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

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel fungeren als poortspecialist en is er sprake van een eigen zorgtraject, namelijk bij radiologie (0362), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).

Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie (0362), nucleaire geneeskunde (0363), klinische chemie (0386), medische microbiologie (0387), pathologie (0388), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).

5.20 *Overige zorgproducten (OZP)*

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

5.21 *Poortspecialist*

Een poortspecialist is de medisch specialist naar wie 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/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

5.22 *Poortfunctie*

De poortfunctie kan door een poortspecialist, medisch specialist van een ondersteunend specialisme, klinisch fysicus audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme of 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 Tot en met 2012 bestonden overige zorgproducten uit vijf categorieën: 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 alleen overige zorgproducten.

5.23 *Specialist ouderengeneeskunde*

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

5.24 *Subtraject*

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

5.25 *Typeringslijst*

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

5.26 *Uitvalproduct*

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

5.27 *Verpleeghuis*

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

5.28 *Vrij segment*

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

5.29 *Zorgactiviteit*

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

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

5.30 *Zorgproduct*

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

5.31 *Zorgprofiel*

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

5.32 *Zorgtraject*

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

Registreren

Artikel 6. Algemene registratiebepalingen

6.1 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.

6.2 Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

6.3 De verleende zorg wordt vastgelegd⁷ in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.

6.4 Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één zorgactiviteit, mag deze zorgactiviteit eenmaal voor de afleiding van een DBC-zorgproduct worden benut.

6.5 De medisch specialist is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. De medisch specialist is ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.

6.6 De poortspecialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt de specialist zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of type van zorg.⁸

6.7 De administratieve organisatie is zo ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de

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

⁷ Onder vastleggen wordt hier ook een juiste vertaling van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten bedoeld.

⁸ Ieder specialisme heeft een eigen typeringslijst.

zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om de typering en vastgelegde zorgactiviteiten op juistheid te controleren.

6.8. Een add-on kan uitsluitend worden geregistreerd in combinatie met een subtraject.⁹ Dit geldt niet voor een add-on intensive care, met zorgtype 52.

6.9 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden uitsluitend zorgactiviteiten bevat die zijn uitgevoerd ter beantwoording van de zorgvraag waarop het subtraject betrekking heeft.¹⁰

6.10 Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.

Artikel 7. Het openen van een zorgtraject

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

7.1 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.

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. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen diagnosestelling én behandeling.

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.

- a. Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) 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 zorgtraject¹¹ (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:
 - Het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:
 - minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen en/of,
 - minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse¹² 1, 2 of 3.*

* 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 parallelliteit 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 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.

⁹ Deze voorwaarde is niet van toepassing als een geneesmiddel met een add-on declaratietitel in het buitenland wordt toegediend en de add-on in Nederland wordt gedeclareerd.

¹⁰ Met inachtneming van de bepalingen van deze regeling.

¹¹ Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

¹² Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult, zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

Toelichting

Wanneer eenzelfde zorgvraag of verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering serieel of parallel voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject, wordt geen nieuw zorgtraject geopend. De geleverde zorg voor aandoeningen met dezelfde diagnosetypering valt binnen het lopende zorgtraject.

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

De diagnoses 'multitrauma ISS $\geq$ 16' (diagnose 602) en 'traumascreening' (diagnose 294) omvatten het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS. Deze diagnoses kunnen parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.

7.2 Een zorgtraject met subtraject ZT13¹³ 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-behandelagen 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.

7.3 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-systeematiek niet geldt (kaakchirurgie), een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek en prenatale screening 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 aanvragende 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 7.5).

7.4 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:

- Parallelle 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.

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

Toelichting

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

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.

- 7.5 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 7.5 genoemde subtrajecten 51 geen declarabele zorgproducten af. De zorgactiviteiten van de ondersteuner worden meegenomen in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

Artikel 8. 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 ZT21¹⁴, 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 9. Het sluiten van een subtraject

- 9.1 Een subtraject met een ZT11 of 21 (initiële of vervolgbehandeling) wordt gesloten:

- Bij een klinisch subtraject met ZT11 en 21:
 - Op de 42e dag na ontslagdatum.¹⁵
 - 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.

- 9.2 Van de in artikel 9.1 vermelde algemene afsluitregels mag uitsluitend worden afgeweken indien

¹⁴ Het specialisme consultatieve psychiatrie beschikt niet over het zorgtype 21.

¹⁵ 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'.

zich één of meer van de in dit artikellid opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitingsregel.¹⁶

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 9.1). 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:

- 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

¹⁶ Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met het registratieaddendum van DBC-Onderhoud (zie bijlage 2).

van de eerste begeleidingszorgactiviteit¹⁷ 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 dagverpleging dag) of 42 dagen na de laatste behandeldag indien er minder dan 30 behandel-dagen zijn geweest.

Toelichting

Voor de bepalingen in artikel 9.2a 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 9.2.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 9.1. Voor chronische zorg met thuisbeademing wordt een apart zorgtraject geopend (zo nodig parallel aan de aandoening waarvoor de chronische thuisbeademing wordt gegeven) (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).
- g. Bij prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (diagnosen Z14, Z15 en Z16¹⁸) 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 9.1 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 kinderoncologische 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)¹⁹:

Bij opname in de kliniek of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- op datum van ontslag uit de kliniek of dagverpleging behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of elektrocadioversie;
- wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane paralleliteit).

Bij een poliklinisch subtraject (geen hartrevalidatie) 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

¹⁷ Zoals omschreven in registratieaddendum (zie bijlage 2).

¹⁸ Zie bijlage 2 bij de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', typeringslijst gynaecologie.

¹⁹ De algemene registratiebepalingen zoals beschreven in artikel 6 zijn voor alle specialismen van toepassing, waaronder cardiologie.

geopend (vanwege niet toegestane paralleliteit). 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 (vanwege niet toegestane paralleliteit). In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten

Bij hartrevalidatie (diagnose 821) wordt het subtraject afgesloten:

- Op de 365e dag na de opening van het subtraject.

- 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 9.1), 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 (GRZ) 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).
In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestaan dat er langer dan zes maanden GRZ wordt geleverd. Deze situatie kan zich voordoen wanneer er sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend GRZ zorgtraject.
Indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan, mag (vanwege niet toegestane paralleliteit) het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag (handmatig) afgesloten worden:
 - De zorgverzekeraar heeft schriftelijk toestemming gegeven voor het openen van een nieuw zorgtraject voor de nieuwe zorgvraag, én;
 - Het nieuwe zorgtraject wordt voorafgegaan aan een noodzakelijk ziekenhuisverblijf in verband met de nieuwe zorgvraag.Het moment van afsluiten van het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag, is de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor de nieuwe zorgvraag.
- o. Indien er bij de behandeling klinische geriatrie of ouderengeneeskunde 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 (1.0000.8).
- 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 9.1) indien de behandeling later dan dit moment start. Een behandeling bevat alle bestralingen 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 erfelijkheidsadvisering geregistreerd is. Als dit niet het geval is dan blijft dit subtraject maximaal 365 dagen open, tenzij de zorgactiviteit 'erfelijkheidsadvisering 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)**

Een subtraject voor complex chronisch longfalen (CLL) wordt afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste specifieke CCL zorgactiviteit (193200 t/m 193243, 193291 en 193293) heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaatsvindt, gaat de termijn van 42 dagen opnieuw lopen en wordt afgesloten op de 42ste dag na de datum van de laatste CLL zorgactiviteit.

De intake en assessment maken onderdeel uit van het subtraject waarbinnen de behandeling wordt uitgevoerd. Een subtraject met alleen intake, of intake en assessment (193290 en 193292) wordt daarom niet gesloten op de 42e dag na de datum waarop de intake of assessment zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Als na de intake, of intake en assessment wordt besloten geen behandeling te starten, wordt de zorgactiviteit voor afgebroken behandeling (193291) geregistreerd en wordt het subtraject gesloten op de 42e dag na de datum waarop deze zorgactiviteit is geregistreerd (1.0000.4).

s. **Incongruentie gender**

Voor het conservatieve deel van genderzorg wordt een apart (bij gynaecologie zo nodig parallel aan een operatief behandeltraject) zorgtraject geopend.

De conservatieve behandeling bestaat uit 3 fasen:

- Fase 1: het screeningstraject
- Fase 2: de diagnostiek genderidentiteitsstoornis
- Fase 3: de real life of hormonale behandeling

Binnen een subtraject voor fase 1 dient bij het eerste face-to-face contact met de medisch psycholoog de zorgactiviteit 194162 'Intake face-to-face medisch psycholoog' geregistreerd te worden.

Een subtraject voor fase 1 heeft een looptijd van 365 dagen, tenzij binnen 365 dagen de diagnostiek genderidentiteitsstoornis start. In dat geval wordt het subtraject afgesloten één dag voor de registratie van de zorgactiviteit 036870 'Tentatieve diagnostische fase genderincongruentie'.

Een subtraject voor fase 2 heeft een looptijd van 365 dagen tenzij binnen 365 dagen de real life of hormoon behandeling start (fase 3). In dat geval wordt het subtraject afgesloten op de dag van registratie van de zorgactiviteit 19005 "MDO".

Een subtraject voor fase 3 sluit volgens de algemene regels en wordt vervolgd zolang patiënt onderbehandeling is (in principe levenslang) (1.0000.5).²⁰

t. **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 9.1 (42, 90 of 365 dagen) is hier niet nodig. Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in artikel 9.1 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 9.1, 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 9.2.t 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 orgaantransplantaties²¹ 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;

²⁰ Voor subtrajecten voor de operatieve genderbehandelingen gelden de algemene afsluitregels.

²¹ Betreft transplantaties van darm, eilandjes, (partiële) lever, nier, pancreas en transplantaties van nier en pancreas.

- 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 9.2.t genoemde moment.

Voor de begeleiding van donoren rond orgaantransplantaties wordt door de specialisten 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 9.2.t genoemde moment.

Orgaantransplantatiezorg snijdende specialismen (2.000.3)

Wanneer een hertransplantatie eerder uitgevoerd wordt dan het in artikel 9.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt (dus op het in artikel 9.2.t genoemde moment).

Toelichting

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 9.1 voorgeschreven 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 9.1 voorgeschreven 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 9.1 voorgeschreven 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 9.1 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 9.2.t 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 9.2.t 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 9.1 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. 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 9.1 voorgeschreven 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 9.2.t 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 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in artikel 9.2.t 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 9.1 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in artikel 9.2.t genoemde moment). Kindergeneeskunde (2.0316.4)

Bij behandeling middels plasmafiltratie en LDL aferese wordt per drie behandelingen een subtraject geopend. Wanneer de vierde behandeling eerder plaatsvindt dan het in artikel 9.1 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde behandeling plaatsvindt (dus op het in artikel 9.2.t genoemde moment). Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.

9.3 Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de klinische opname van het bijbehorende zorgtraject wordt beëindigd.

9.4 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.

9.5 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 10. 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:

- 10.1 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 9.2.j gelden ook voor het afsluiten van zorgtrajecten cardiologie.
- 10.2 Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek.
- 10.3 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.
- 10.4 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.

- 10.5 en 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 9.1. 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 9.1.

Artikel 11. Overgangsbepaling geriatrische revalidatiezorg

- 11.1 Afsluiting in 2012 van in 2013 voort te zetten behandeling
Lopende behandelingen voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) gestart in 2012 moeten tot 1 januari 2013 worden vastgelegd volgens de in 2012 geldende prestaties en tarieven.
- 11.2 Openen zorgtrajecten in 2013 van voortdurende behandelingen uit 2012
Lopende behandelingen voor GRZ gestart in 2012, moeten per 1 januari 2013 worden vastgelegd in zorgactiviteiten voor GRZ (zorgactiviteitcodes 194800 t/m 194842) volgens de DBC registratievoorschriften. Als openingsdatum van deze zorgtrajecten moet 1 januari 2013 worden gebruikt.
- 11.3 Openen zorgtrajecten voor behandelingen gestart in 2013
Behandelingen voor GRZ die gestart zijn 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

- 12.1 De zorgaanbieder gebruikt voor de afleiding uitsluitend een grouper waarvan is gegarandeerd dat deze een 100% betrouwbare, juiste en verifieerbare afleiding verzorgt. De afleiding moet op basis van de beslisbomen, -tabellen, en -afsluitregels die gelden op het moment van opening van het subtraject.
- 12.2 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 input²² valide is.
 - b. Een grouper past geen zorgactiviteiten of typeringen van subtrajecten aan.
 - c. Een grouper verwijdt 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 om niet reproduceerbaar.
 - e. Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, zodat 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 altijd inzichtelijk welke stamtabellen en specificaties toegepast zijn.
- 12.3 Van een gedeclareerd DBC-zorgproduct moet altijd, middels een hash-functionaliteit, traceerbaar zijn dat het is afgeleid door een bepaalde grouper.
- 12.4 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

- 13.1 De zorginstelling declareert in één integrale declaratie het totale tarief van het zorgproduct, inclusief het honorarium (indien van toepassing) voor specialisten werkzaam in de instelling. Intramurale vrijgevestigd medisch specialisten declareren de honorariumbedragen aan of via de zorginstelling volgens de regeling 'Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten'.

²² Onder input wordt de data verstaan die aan een grouper wordt aangeboden, zoals een subtraject en zorgactiviteiten.

- 13.2 Het honorariumbedrag mag uitsluitend via de zorginstelling worden betaald.
- 13.3 De zorgaanbieder (niet een grouper) als bedoeld in artikel 2 is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een DBC-zorgproduct en/of overig zorgproduct.
- 13.4 Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de (medisch specialist binnen de) instelling die de patiënt in behandeling heeft en de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd.

Artikel 14. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten

- 14.1 De startdatum van het DBC-zorgproduct bepaalt bij welke zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.²³
- 14.2 Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de in deze regeling vastgestelde registratiebepalingen.
- 14.3 Bij declaratie van een DBC-zorgproduct vermeldt de zorgaanbieder het subtrajectnummer.
- 14.4 Declaratie van parallelle DBC-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.
- 14.5 De declaratie van een DBC-zorgproduct moet een zegel (hash-code) hebben waaruit blijkt dat deze door een grouper is afgeleid.
- 14.6 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 van het orgaan.
- 14.7 Wanneer een cardioloog en een cardiochirurg samen een AICD-implantatie uitvoeren, dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
- 14.8 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.
- 14.9 Wanneer een kinderarts en een neuroloog samen een epilepsie behandeling (zorgproductgroep 69899) uitvoeren, dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct uit de zorgproductgroep 69899 worden gedeclareerd.
- 14.10 Een DBC-zorgproduct voor multitrauma (199299002) mag per instelling door één specialisme worden gedeclareerd.

Artikel 15. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

- 15.1 Een overig zorgproduct wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar waar de verzekering liep op het moment van de uitvoerdatum van het overige zorgproduct.²⁴
- 15.2 Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijns diagnostiek en paramedische zorg en behandeling, kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
- a. Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns,²⁵ 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-systeematiek niet geldt, of
 - c. Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg zoals

²³ Indien op 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.

²⁴ Indien op 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.

²⁵ Voor een overig zorgproduct spermaonderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110) is een verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitsprekkuur. Als een overig zorgproduct INR-bepaling (079995) wordt uitgevoerd in het kader van een reguliere controle bij een patiënt die al in behandeling is bij een trombosedienst, is geen nieuwe verwijzing nodig. Bij het initieel in behandeling nemen van de patiënt in een trombosedienst is wel een verwijzing nodig.

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.²⁶

- 15.3 Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan door de uitvoerende 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.
- 15.4 Een add-on mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'los van het zorgproduct' worden gedeclareerd.
- 15.5 Een add-on IC mag per kalenderdag worden gedeclareerd.
- 15.6 Een add-on dialyse toeslag op de IC (190156) mag alleen in combinatie met een IC-behandeldag (190153, 190154 of 190155) worden gedeclareerd. Een add-on dialysetoeslag mag dus niet in combinatie met een add-on voor de neonatale IC en de pediatrische IC (190150 of 190151) worden gedeclareerd.
- 15.7 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.
- 15.8 Als er geen contractuele overeenkomst is tussen de instelling voor medisch specialistische zorg en de zorgverzekeraar, mag alleen de IC behandeldag 'licht' in rekening worden gebracht.
- 15.9 De toeslag ECMO kan alleen in rekening gebracht worden als op een kalenderdag op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op neonatale IC of pediatrische IC. De therapie wordt uitgevoerd in aansluiting op een cardiale chirurgische of bij pulmonale of niet-operatieve cardiale problematiek waarbij de kwaliteitsindicator voorschrijft dat er minimaal 1x per maand een ECMO therapie op neonatale IC of pediatrische IC moet worden uitgevoerd. De therapie start bij de voorbereiding van de canulatie (12 uur voorafgaand aan ECMO) en eindigt 24 uur na decanulatie. De ECMO prestatie kan als zijnde een toeslag naast de Neonatale intensive care of Pediatrische intensive care gedeclareerd worden.
- 15.10 Een add-on weesgeneesmiddel mag alleen worden gedeclareerd indien geleverd door een daartoe in een tariefbeschikking aangewezen instelling.²⁷
- 15.11 Een overig zorgproduct uit de categorie supplementaire producten kan naast een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
- 15.12 Een overig zorgproduct (039702 t/m 039736, 039741 t/m 039752, 039760 t/m 039793, 039796 t/m 039806, 039863 en 039864) voor klinische neurofysiologie (KNF) mag 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.
- 15.13 Een overig zorgproduct prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516 en 037521) mag los worden gedeclareerd en maakt geen onderdeel uit van het profiel van een DBC-zorgproduct.
- 15.14 Het overig zorgproduct injectiepen bij somatropine (199850) mag alleen worden gedeclareerd indien:

²⁶ De zorgaanbieder moet altijd kunnen aantonen dat de uitgevoerde behandeling i.h.k.v. directe toegang niet voortvloeit uit de zorgvraag van een bestaand zorgtraject.

²⁷ Deze declaratiebepaling is niet van toepassing op een add-on voor het weesgeneesmiddel lenalidomide (zorgproductcodes 194600 t/m 194603).

- het overig zorgproduct in combinatie met een add-on duur geneesmiddel voor somatropine met als toedieningsvorm injectievloeistof wordt gedeclareerd, en
- er een contractuele overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

15.15 Voor een prestatie Klinisch-chemisch en microbiologisch onderzoek (070001 t/m 079996) in het kader van de eerstelijns kan het kostenbedrag, onafhankelijk van de uitvoerder (klinisch chemicus, hematoloog, medische microbioloog) worden gedeclareerd.

15.16 Het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) kan bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht. Deze declaratiebepaling is niet van toepassing op organisaties met een erkenning als trombosediensten zoals omschreven in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

15.17 Het overig zorgproduct toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990) mag alleen in combinatie met het overig zorgproduct ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium (079991) worden gedeclareerd. Deze prestatie mag niet in combinatie met het overig zorgproduct huisbezoek (079992) worden gedeclareerd.

15.18 Voor de SOA-tests voor Chlamydia, Gonorrroe, Herpes Genitalis en Trichomonas mag alleen de prestatie DNA-amplificatie, kwalitatief, geautomatiseerd (070003) worden gedeclareerd. Hiervoor mogen niet de overige zorgproducten 070004, 070005 of 070006 worden gedeclareerd.

15.19 Bij de overige zorgproducten ten behoeve van de standaardprestatie rijbewijskeuring (119027 en 119028) kan de prestatie 'toeslag rijbewijskeuring' (119029 en 119030) in rekening worden gebracht, wanneer de patiëntgebonden tijd meer dan 15 minuten bedraagt. De standaardprestatie bestaat uit 15 minuten indirecte tijd en 15 minuten patiëntgebonden tijd. De zorgverlener dient de patiënt te informeren wanneer hij verwacht gebruik te maken van deze toeslag bovenop de standaardprestatie. Deze toeslagprestatie kan meerdere keren in rekening worden gebracht, per 15 minuten patiëntgebonden tijd dat de keuring langer duurt dan de standaardprestatie.

15.20 Naast de declaratiebepalingen voor een overig zorgproduct in deze regeling, gelden ook de specifieke prestatieomschrijvingen zoals vermeld in de Beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Artikel 16. Terugvaloptie

- 16.1 Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct vóór de, algemene sluitingsregels uit artikel 9.1 declareren indien is voldaan aan onderstaande voorwaarden:
- a. De zorgaanbieder heeft geen overeenkomst²⁸ met een zorgverzekeraar, en
 - b. De behandelend specialist heeft vastgesteld dat de feitelijke behandeling in het kader van het betreffende subtraject is beëindigd; en
 - c. Alle registratieregels zijn in acht genomen (met dien verstande dat de sluitingsdatum een toekomstige datum is); en
 - d. Er is geen sprake van uitzonderingen op de afsluitregels, zoals genoemd in artikel 9.2.
- 16.2 De terugvaloptie in artikel 16.1 vervalt met terugwerkende kracht als de onder b bedoelde behandeling vóór de onder c bedoelde toekomstige sluitingsdatum wordt hervat.

Informeren

Artikel 17. Informatieverplichting bij declaratie

- 17.1 Informatieverplichting bij declaratie van DBC-zorgproducten
- Een declaratie vermeldt minimaal de volgende 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).

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

- d. (Typerende) Diagnose: De (typerende) diagnose is de diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert.
- e. DBC-declaratiecode: Een 6-cijferige code die het zorgproduct en het gereguleerde tarief of de afgesproken prijs van het DBC-zorgproduct weergeeft.
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 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-code²⁹: Een code welke aangeeft dat de prestatie door een 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 wel of geen zorgactiviteiten bevat waarvoor een machtiging is vereist.
- r. Zorgactiviteiten: Indien één van de in bijlage 3 genoemde zorgactiviteiten deel uit maakt van het lokale profiel van een DBC-zorgproduct geopend na 31 mei 2014, dient de code, omschrijving, aantal en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit te worden vermeld op de declaratie.

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 (geriatrie) revalidatiegeneeskunde en klinische genetica.

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

17.2 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.
- 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 zorgactiviteitscode (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 ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtadvies, orthoptie of prenatale screening.
- 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.

17.3 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

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



specialistische zorg' maken een standaard prijslijst bekend voor prestaties in het vrije en gereguleerde segment.

18.1 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 4).
- 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 kostenbedrag voor de 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 de datum waarop deze 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. Op aanvraag informeert de zorgaanbieder een consument via de telefoon over de prijzen op de standaard prijslijst. Op aanvraag stuurt de zorgaanbieder een consument binnen achtenveertig uur per post of digitaal de gevraagde prijsinformatie toe.

*Nederlandse Zorgautoriteit,
T.W. Langejan,
voorzitter Raad van Bestuur.*



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: OVERZICHT ZORGACTIVITEITEN OP NOTA

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



BIJLAGE 4: SJABLOON STANDAARD PRIJSLIJST

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