



## Regeling Medisch Specialistische Zorg

Regeling NR/CU-260

Vastgesteld op 14 november 2014

### Inhoudsopgave

Inleiding	1
Grondslag	1
Artikel 1. Reikwijdte	1
Artikel 2. Doel	2
Artikel 3. Intrekking oude regeling(en)	2
Artikel 4. Inwerkingtreding en citeertitel	2
Artikel 5. Overgangsbepaling	2
Artikel 6. Begrippen en afkortingen	2
Registreren	5
Artikel 7. Algemene registratiebepalingen	5
Artikel 8. Het openen van een zorgtraject	6
Artikel 9. Het openen van een subtraject	9
Artikel 10. Het sluiten van een subtraject	9
Artikel 11. Het sluiten van een zorgtraject	16
Afleiden	16
Artikel 12. Regels afleiden	16
Declareren en betalen	17
Artikel 13. Algemene declaratiebepalingen	17
Artikel 14. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten	17
Artikel 15. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten	18
Artikel 16. Terugvaloptie	22
Informeren	22
Artikel 17. Informatieverplichting bij declaratie	22
Artikel 18. Standaard prijslijst	25
Artikel 19. Informatieverplichting solisten	25
Bijlage 1: Diagnose-combinatietabel	26
Bijlage 2: Registratieaddendum	27
Bijlage 3a: Overzicht zorgactiviteiten op nota	28
Bijlage 3b: Privacyverklaring zorgactiviteiten	29
Bijlage 4: Overzicht DBC-zorgproducten op nota	30
Bijlage 5: Sjabloon standaard prijslijst	31

### Inleiding

#### Grondslag

Op grond van de artikelen 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), alsmede de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

#### Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch specialistische zorg<sup>1</sup> (met uitzondering van sanatoria), audiologische centra, trombosediensten, instellingen voor erfelijkheidsadviesing en instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.

Deze regeling is voorts van toepassing op solisten als bedoeld in artikel 6.30 van deze regeling en op zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals kaakchirurgen die bieden.<sup>2</sup>

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

<sup>1</sup> In het kader van deze regeling worden hieronder verstaan: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.

<sup>2</sup> Het kan hier gaan om een kaakchirurg-solist, alsmede een instelling die kaakchirurgie levert. De Minister van VWS heeft in de aanwijzing van 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, aangegeven dat instellingen die kaakchirurgie leveren, vallen onder de reikwijdte van artikel 1.2, aanhef en onder nummer 1, van het Uitvoeringsbesluit WTZi en aldus worden beschouwd als instellingen voor medisch specialistische zorg.



(overige zorgproducten) behorend bij de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

## **Artikel 2. Doel**

In deze regeling legt de NZa regels vast die zorgaanbieders die op grond van artikel 1 onder de reikwijdte van deze regeling vallen in acht moeten nemen bij het leveren van prestaties en tarieven van medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidadvies, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

## **Artikel 3. Intrekking oude regeling(en)**

De regelingen 'Medisch specialistische zorg', met kenmerk NR/CU-257 en kenmerk NR/CU-249, worden ingetrokken.

## **Artikel 4. Inwerkingtreding en citeertitel**

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2015.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg, zal deze regeling ten minste twee dagen vóór de datum van inwerkingtreding in de Staatscourant worden gepubliceerd.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling Medisch specialistische zorg'.

## **Artikel 5. Overgangsbepaling**

De regeling 'Medisch specialistische zorg', met kenmerk NR/CU-257, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die regeling en die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold. Dit betekent dat voor overlopende DBC-zorgproducten (DBC's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende regeling van toepassing is.

## **Artikel 6. Begrippen en afkortingen**

In deze regeling wordt verstaan onder:

### **6.1 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 geneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Een add-on valt onder de categorie 'Supplementaire producten'.

### **6.2 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 zorgverlenerensoort weer (01 = huisartsen, 03 = medisch specialist etc.). De overige 6 posities zijn een volgnummer.

### **6.3 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.

### **6.4 DBC**

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

### **6.5 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.

### **6.6 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).

### **6.7 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.

### **6.8 DBC-zorgproductgroepcode**

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



### 6.9 *Declaratiedataset*

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

### 6.10 *Diagnose-combinatietabel*

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

### 6.11 *Eigen patiënt*

Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen<sup>3</sup> van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

### 6.12 *Eigen zorgverlener*

Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen<sup>4</sup> van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

### 6.13 *Gereguleerd segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

### 6.14 *Grouper*

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

### 6.15 *Hoofdbehandelaar*

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

### 6.16 *Hoofddiagnose ICD-10*

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

### 6.17 *ICD-10*

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

### 6.18 *Instelling*

Instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder nummer:

- 1 (instelling voor medisch specialistische zorg);<sup>5</sup>
- 2 (audiologische centra);
- 3 (trombosediensten);
- 13 (instelling voor erfelijkheidsadviesing);
- 18 (instellingen voor verpleging), voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren, van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

### 6.19 *Integraal tarief*

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

### 6.20 *Kostendrager*

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

### 6.21 *Macrokader medisch specialistische zorg*

Financieel kader vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). VWS stelt jaarlijks één integraal makro-kader vast voor zorgverleners van medisch specialistische zorg.<sup>6</sup>

### 6.22 *Maximumtarief*

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

### 6.23 *Medisch specialistische zorg*

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

### 6.24 *Onderlinge dienstverlening*

<sup>3</sup> Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

<sup>4</sup> Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

<sup>5</sup> In het kader van deze regeling worden hieronder verstaan: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.

<sup>6</sup> VWS stelt voor de geriatrische revalidatiezorg een apart makro-kader vast.



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

#### 6.25 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).

#### 6.26 Overig zorgproduct (OZP)

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

#### 6.27 Poortfunctie

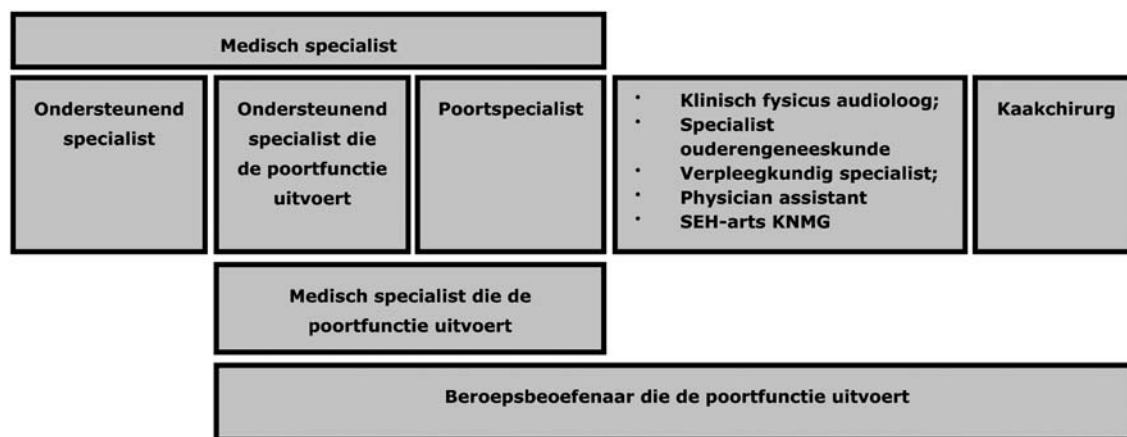
Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390).<sup>7</sup> Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

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

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

#### 6.28 Poortspecialist

**Figuur 1** Overzicht beroepsbeoefenaren



Bron: NZa

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

<sup>7</sup> Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.



neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361).

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

#### 6.29 *Prestatie*

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

#### 6.30 *Solist*

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

#### 6.31 *Specialist ouderengeneeskunde*

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

#### 6.32 *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.

#### 6.33 *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.

#### 6.34 *Uitvalproduct*

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

#### 6.35 *Verpleeghuis*

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

#### 6.36 *Vrij segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

#### 6.37 *Vrij tarief*

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

#### 6.38 *Zorgaanbieder*

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

#### 6.39 *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.

#### 6.40 *Zorgproduct*

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

#### 6.41 *Zorgprofiel*

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

#### 6.42 *Zorgtraject*

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

#### 6.43 *Zorgverlener*

Instelling of solist.

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

## **Registreren**

### **Artikel 7. Algemene registratiebepalingen**

7.1 De registratie van het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt.

7.2 Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme<sup>8</sup> een eigen zorgtraject als

<sup>8</sup> Hiermee worden alle poortspecialismen bedoeld en de volgende beroepsbeoefenaren als deze de poortfunctie uitvoeren: interventie-radioloog, anesthesist als pijnbestrijder, klinisch geneticus, klinisch fysicus audioloog en de specialist ouderengeneeskunde.





sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.<sup>9</sup>

- 7.3 De verleende zorg wordt vastgelegd<sup>10</sup> in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities uit de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' zijn hierbij leidend.
- 7.4 Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één zorgactiviteit, mag deze zorgactiviteit eenmaal voor de afleiding van een DBC-zorgproduct worden benut.
- 7.5 Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
- 7.6 De zorgverlener zorgt ervoor dat de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden uitsluitend zorgactiviteiten bevat die zijn gekoppeld aan een subtraject ter beantwoording van een zorgvraag van de patiënt.<sup>11</sup>
- 7.7 De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, 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. Daarnaast is hij/zij ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.
- 7.8 De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt hij/zij zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien niet beschikbaar, voor dat type van zorg.
- 7.9 De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD-10 code. De ICD-10 code wordt geregistreerd per subtraject, bij subtrajecten geopend vanaf 1 januari 2015. De ICD-10 code moet op het diepste niveau worden geregistreerd.<sup>12</sup> Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD-10 code worden geregistreerd. De hoofddiagnose is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.
- 7.10 De administratieve organisatie is zo ingericht dat een *audit-trail* mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om de typering en vastgelegde zorgactiviteiten op juistheid te controleren.
- 7.11 Een add-on geneesmiddel kan uitsluitend worden geregistreerd in combinatie met een zorgtraject.<sup>13</sup>
- 7.12 Een add-on IC kan uitsluitend worden geregistreerd in combinatie met een subtraject. Dit geldt niet voor een add-on IC met zorgtype 52.

#### Artikel 8. Het openen van een zorgtraject

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

- 8.1 Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek<sup>14</sup> niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.
- a. Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze

<sup>9</sup> Op de voorwaarde diagnosestelling én behandeling geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander specialisme, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide specialismen een zorgtraject openen.

<sup>10</sup> Onder vastleggen wordt hier ook een juiste vertaling van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten bedoeld.

<sup>11</sup> Met inachtneming van de bepalingen van deze regeling.

<sup>12</sup> De ICD-10 code is alfanumeriek en opgebouwd uit drie tot vijf posities, exclusief leestekens zoals punt, slash, asterisk en plusteken (dagger).

<sup>13</sup> Deze voorwaarde is niet van toepassing als een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijbehorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

<sup>14</sup> Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.



zorgvraag een separaat zorgtraject<sup>15</sup> (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan: Het subtraject van het parallelle zorgtraject<sup>16</sup> dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen, en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse<sup>17</sup> 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 en/of,
  - minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190781).<sup>18</sup>
- 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 (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de regel dat binnen een specialisme maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend mag worden tijdens het klinische traject van de patiënt.

*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 hartlong-transplantatie.

De diagnoses 'ATLS-opvang trauma ISS <16' en 'ATLS-opvang multitrauma ISS ≥ 16' omvatten het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.

- 8.2 In sommige gevallen kan er sprake zijn van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar.<sup>19</sup> In dat geval is sprake van een multidisciplinaire behandelingen opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen behandeling.
- 8.3 Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een zorgtraject waarbij zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van deze zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend. Er is dan geen sprake van multidisciplinaire behandeling.
- 8.4 Een zorgtraject met subtraject ZT13<sup>20</sup> 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 of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.

<sup>15</sup> Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

<sup>16</sup> Parallelle subtrajecten waarvoor de extra profieelisen gelden zijn subtrajecten die niet binnen het eerst geopende zorgtraject vallen. Hierbij is dus niet de openingsdatum van het subtraject bepalend, maar de openingsdatum van het zorgtraject.

<sup>17</sup> Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult, zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging/langdurige observatie en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

<sup>18</sup> Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten.

<sup>19</sup> Op de voorwaarde van hoofdbehandelaarschap geldt een uitzondering voor de interventieradioloog en radiotherapeut.

<sup>20</sup> Het specialisme geriatrie revalidatiezorg beschikt niet over het zorgtype 13. Het ICC valt voor dit specialisme onder zorgtype 11.



- Bij een dagverpleging en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) 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.

8.5 Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door een poortspecialisme geopend indien deze, 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 en prenatale screening levert aan een patiënt. Een overig zorgproduct kan niet los gedeclareerd worden als op dezelfde dag een zorg/subtraject wordt geopend voor dezelfde zorgvraag. De zorgactiviteit maakt in dat geval deel uit van het zorg/subtraject met ZT11.

*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 overig zorgproduct. De zorgactiviteiten dienen bij het zorgtraject van de aanvragende specialist te worden vastgelegd.

8.6 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 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 parallel (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<sup>21</sup> wordt aan het zorgtraject met ZT11-subtraject.

*Toelichting*

Als er een IC opnameperiode loopt tijdens de klinische periode (ZT11 of ZT21) mogen tijdens de IC-periode geen verpleegdagen worden geregistreerd. Dit betekent dat voor één kalenderdag óf een IC-dag óf een verpleegdag geregistreerd kan worden.

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.

8.7 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.

<sup>21</sup> In dit geval wordt een subtraject ZT11 met terugwerkende kracht geopend op de datum waarop de patiënt is opgenomen op de IC-afdeling.



#### *Toelichting*

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

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

Een grouper leidt uit de in artikel 8.6 genoemde subtrajecten 51 geen declarabele zorgproducten af. De zorgactiviteiten van de ondersteuner worden meegenomen in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

### **Artikel 9. Het openen van een subtraject**

Een subtraject wordt geopend:

- Bij het openen van een zorgtraject (zie artikel 8) of;
- Als een reguliere behandeling of controletraject na het afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21<sup>22</sup>, wordt vervolgd (zie artikel 10).
- Op het moment dat binnen 120 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.
- Op het moment dat na één of twee periodes van 120 dagen waarin geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd een zorgactiviteit wordt geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject wordt een ZT21 geopend op de 121<sup>e</sup> respectievelijk 241<sup>e</sup> dag na afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21.

#### *Toelichting*

Als in de periode na afsluiten van het voorgaande subtraject binnen 120 dagen geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject, hoeft dus geen vervolg subtraject te worden geopend. Binnen een zorgtraject kunnen tussen subtrajecten periodes van (een veelvoud van) 120 dagen bestaan waarbinnen geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd.

### **Artikel 10. Het sluiten van een subtraject**

10.1 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.<sup>23</sup>
  - 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 120e dag na de opening van het subtraject.
- Op de 120e dag indien het subtraject na 120 dagen nog open staat. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

10.2 Van de in artikel 10.1 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.<sup>24</sup>

- Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandelingen, te weten (1.0000.1):
  - chemo-immunotherapie;
  - immunotherapie;
  - chemotherapie bij acute leukemie;

<sup>22</sup> Het specialisme consultatieve psychiatrie beschikt niet over het zorgtype 21.

<sup>23</sup> De ontslagdatum is de datum dat de laatste verpleegdag of IC-behandelingsdag binnen het subtraject is geregistreerd, zonder dat aansluitend een afwezigheidsdag is geregistreerd. Het werkelijke ontslag (de dag dat de patiënt het ziekenhuis verlaat) kan op een latere datum plaatsvinden, bijvoorbeeld indien er sprake is van 'verkeerde bed'.

<sup>24</sup> Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met het registratieaddendum van DBC-Onderhoud (zie bijlage 2).



- 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 10.1). 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 van de eerste begeleidingszorgactiviteit<sup>25</sup> 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. Bijvoor-

<sup>25</sup> Zoals omschreven in registratieaddendum (zie bijlage 2).

beeld 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 behandelagen zijn geweest.

*Toelichting*

Voor de bepalingen in artikel 10.2a 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.

- b. Chronische zorg bij thuisbeademing (1.0000.2)  
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 10.1. Voor chronische zorg met thuisbeademing wordt een apart zorgtraject geopend (zo nodig parallel aan de aandoening waarvoor de chronische thuisbeademing wordt gegeven).
- c. Chronische zorg met dialyse (1.0000.3)  
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).  
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. Prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (1.0307.1)  
Bij prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (diagnosen Z14, Z15 en Z16)<sup>26</sup> 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 10.1 indien de andere diagnostiek of ingreep later dan dit moment start.
- e. Neonatologie (1.0316.1)  
Een subtraject neonatologie wordt afgesloten op de dag van ontslag (ontslagdatum) van de neonaat uit het ziekenhuis. Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.
- f. Kinderoncologie (1.0316.2)  
De looptijd van kinderoncologische subtrajecten in een centrum voor Kindergeneeskunde Oncologische behandeling met SKION stratificatie is altijd 120 dagen. Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.
- g. Cardiologie (1.0320.2)  
Voor het specialisme cardiologie gelden voor subtrajecten met ZT11 en ZT21 niet de algemene afsluitregels maar wordt het subtraject als volgt afgesloten<sup>27</sup>:  
Bij opname in de kliniek of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:  
– op datum van ontslag uit de kliniek, dagverpleging of langdurige observatie behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of elektrocardioversie;  
– 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 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 120e 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

<sup>26</sup> Zie bijlage 2 bij de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', typeringslijst gynaecologie.

<sup>27</sup> De algemene registratiebepalingen zoals beschreven in artikel 7 zijn voor alle specialismen van toepassing, waaronder cardiologie.



- Bij hartrevalidatie (diagnose 821) wordt het subtraject afgesloten:
- Op de 120e dag na de opening van het subtraject.
- h. Exacerbatie van COPD (1.0322.1)  
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.
- i. Reumatologie (1.0324.1)  
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 10.1), 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.
- j. Revalidatiegeneeskunde (1.0327.3)  
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.
- k. Geriatrische revalidatiezorg (1.8418.1)  
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.  
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 parallelliteit) 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.  
Het moment van afsluiten van het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag, is de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor de nieuwe zorgvraag.
- l. Klinische geriatrie/ Ouderengeneeskunde bij CGA (1.0000.8)  
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.
- m. 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 10.1) indien de behandeling later dan dit moment start. Een behandeling bevat alle bestralingen die onderdeel uitmaken van het behandelplan.  
Bij radiotherapie kunnen parallele 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 parallele 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.

- n. Klinische genetica (1.0390.1)  
Het gehele erfelijkheidsadviseringstraject 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 120 dagen open, tenzij de zorgactiviteit 'erfelijkheidsadvisering complex' of 'erfelijkheidsadvisering enkelvoudig' geregistreerd wordt. In dit laatste geval wordt het traject afgesloten op de dag van uitvoering van deze zorgactiviteit.
- o. Complex chronische longfalen (Longastma centra) (1.0000.9)  
Een zorgtype 11 subtraject voor intake en assessment (zorgactiviteiten 193290 en 193292) bij complex chronisch longfalen (CCL) wordt afgesloten één dag voor de start van de behandeling (zorgactiviteiten 193200 t/m 193243 en 193293). Het zorgtype 21 subtraject voor de behandeling heeft een vaste looptijd van 120 dagen. Binnen dit zorgtype 21 subtraject moet bij het eerste face-to-face contact zorgactiviteit 193294 'Vervolgbehandeling na assessment – longastmacentra' geregistreerd worden. Deze zorgactiviteit kan eenmalig binnen een zorgtraject worden geregistreerd.
- p. Incongruentie gender (1.0000.10)  
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 120 dagen, tenzij binnen 120 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 120 dagen tenzij binnen 120 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 190005 'MDO'.  
Een subtraject voor fase 3 heeft een looptijd van 120 dagen en wordt vervolgd zolang de patiënt onder behandeling is (in principe levenslang).<sup>28</sup>
- q. 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 10.1 (42, 90 of 120 dagen) is hier niet nodig. Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in artikel 10.1 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 10.1, start geldt deze algemene regel.

#### *Stamceltransplantatie (2.0000.1)*

Voor stamceltransplantatie (bij ontvanger) wordt een zorg/subtraject geopend (zo nodig parallel)<sup>29</sup> 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 die wordt gevolgd door een nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw opstarten van fase 1 of fase 2, wordt het subtraject afgesloten op het bij artikel 10.2.q genoemde moment.

Fase 3 wordt op de 120e 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 orgaantransplantaties<sup>30</sup> wordt door de specialis-

<sup>28</sup> Voor subtrajecten voor de operatieve genderbehandelingen gelden de algemene afsluitregels.

<sup>29</sup> Voor nazorg (fase 3) geldt dat een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087 en 192098) uitsluitend door één zorgaanbieder binnen maximaal drie subtrajecten na een transplantatie geregistreerd mag worden.

<sup>30</sup> Betreft transplantaties van darm, eilandjes, (partiële) lever, nier, pancreas, long, hartlong, hart, en transplantaties van nier en pancreas én van lever en niet.





men cardiologie, inwendige geneeskunde, longgeneeskunde, MDL en kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel<sup>22</sup>) zorg/subtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van behandeling onderscheiden:

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

Na iedere fase van de behandeling die wordt gevolgd door een nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1 of fase 2, wordt het voorafgaande transplantatie begeleidings subtraject afgesloten op het bij artikel 10.2.q genoemde moment. Fase 3 wordt op de 120e 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.

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: 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 10.2.q genoemde moment.

#### *Orgaantransplantatiezorg snijdende specialismen (2.000.3)*

Wanneer een hertransplantatie eerder uitgevoerd wordt dan het in artikel 10.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt (dus op het in artikel 10.2.q 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 10.1 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 10.1 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 10.1 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 10.1 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 10.2.q 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 10.2.q 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 10.1 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 10.1 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 10.2.q 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 10.1 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in artikel 10.2.q 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 10.1 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in artikel 10.2.q genoemde moment).

#### *Kindergeneeskunde (2.0316.4)*

Bij behandeling middels plasmfiltratie en LDL aferese wordt per drie behandelingen een subtraject geopend. Wanneer de vierde behandeling eerder plaatsvindt dan het in artikel 10.1 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde behandeling plaatsvindt (dus op het in artikel 10.2.q genoemde moment). Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.

- 10.3 Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de klinische opname van het bijbehorende zorgtraject wordt beëindigd.
- 10.4 Een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialisme 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.
- 10.5 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 11. 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:

- 11.1 Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of 21 wordt afgesloten:
- Op het moment van overlijden van een patiënt;
  - Na een periode van 360 (3 maal 120) 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 10.2.g gelden ook voor het afsluiten van zorgtrajecten cardiologie.
- 11.2 Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek, of uiterlijk op de 120e dag indien het subtraject na 120 dagen nog openstaat.
- 11.3 Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialisme 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.
- 11.4 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 10.1.
- 11.5 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 10.1. 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 10.1.

## Afleiden

### Artikel 12. Regels afleiden

- 12.1 De zorgverlener 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:
- Een grouper komt alleen tot afleiding als de input<sup>31</sup> valide is.
  - Een grouper past geen zorgactiviteiten of typering van subtrajecten aan.
  - Een grouper verwijdert de informatie bij een declaratieaanvraag nadat de aanvraag volledig behandeld is.
  - De gegevensverwerking (van door zorgaanbieders aangeleverde data) door een grouper mag niet worden gelogd (er mag uitsluitend meta-informatie worden bewaard) en is voor personen buiten de zorgaanbieder om niet reproduceerbaar.
  - Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, zodat achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd.
  - Een grouper voorziet in een functionaliteit om proefaanleveringen en bepalingen van onderhanden werk te onderscheiden van aanleveringen ten behoeve van declaratie aan zorgverzekeraars.
  - Er bestaat een formele gestandaardiseerde procedure voor de communicatie en uitlevering van nieuwe versies van stamtabellen of softwarespecificaties. Hierin is 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.

<sup>31</sup> Onder input wordt de data verstaan die aan een grouper wordt aangeboden, zoals een subtraject en zorgactiviteiten.



## Declareren en betalen

### Artikel 13. Algemene declaratiebepalingen

- 13.1 Het in rekening brengen (declareren) van een integraal tarief voor een geleverd DBC-zorgproduct en/of een overig zorgproduct aan een zorgverzekeraar of patiënt is exclusief voorbehouden aan 'eigen zorgverleners'.<sup>32</sup>
- 13.2 Voor instellingen geldt, in aanvulling op artikel 13.1, dat zij in het bezit dienen te zijn van een toelating als bedoeld in artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).<sup>33</sup>
- 13.3 Voor solisten geldt, in aanvulling op artikel 13.1, dat:
- zij in het bezit dienen te zijn van een individuele tariefbeschikking, die op grond van een individuele aanvraag (volgens de procedure zoals beschreven in de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg') door de NZa is afgegeven, én;
  - zij dienen te voldoen aan de voorwaarden voor een solopraktijk, te weten:
    1. Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG;
    2. In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, c.q. ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG – al dan niet tegen betaling – dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
    3. De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg) moeten betrekking hebben op de beroepsmatige levering van zorg.
    4. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden niet geleverd in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
    5. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, mogen niet worden verricht door een organisatievorm die moet worden beschouwd als een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5 van de WTZi (in dat geval zou immers sprake zijn van een instelling en is een WTZi-toelating vereist).
    6. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden volledig verricht voor eigen rekening en risico van de betreffende medisch specialist (of kaakchirurg).
- 13.4 De zorgverlener declareert in één declaratie het totale, integrale tarief van het zorgproduct. Onderdeel van dit tarief is, voor zover van toepassing, een tussen de instelling en vrijgevestigd medisch specialist/kaakchirurg, dan wel diens rechtsgeldige vertegenwoordiger, overeengekomen vergoeding voor diens aandeel in het geleverde en in rekening gebrachte zorgproduct.
- 13.5 De eigen zorgverlener (niet een grouper) als bedoeld in artikel 1 is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een DBC-zorgproduct en/of overig zorgproduct.
- 13.6 Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de eigen zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft en de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd.

### Artikel 14. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten

- 14.1 Het DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op de startdatum van het DBC-zorgproduct is verzekerd.
- 14.2 Een zorgverlener mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de in deze regeling vastgestelde registratiebepalingen en voldaan is aan de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten uit de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.
- 14.3 Bij declaratie van een DBC-zorgproduct vermeldt de zorgverlener het subtrajectnummer.
- 14.4 Declaratie van parallelle DBC-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende

<sup>32</sup> In het kader van artikel 13.1 worden hier ook de factureringsbedrijven onder verstaan die namens een zorgverlener declareren.

<sup>33</sup> Instellingen die kaakchirurgie leveren vallen onder volgens de aanwijzing integrale tarieven onder instellingen voor medisch specialistische zorg.



diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.<sup>34</sup>

- 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 poortspecialist en/of een SEH-arts KNMG en/of een verpleegkundig specialist en/of een physician assistant samen één zorgvraag behandelen, dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
- 14.8 Wanneer een cardioloog en een cardiochirurg samen een AICD-implantatie uitvoeren, dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
- 14.9 Een DBC-zorgproduct voor topreferente kankeroncologie (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.
- 14.10 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.
- 14.11 Een DBC-zorgproduct voor multitrauma (182199051, 182199052 en 182199053) mag per instelling door één specialisme worden gedeclareerd.

#### **Artikel 15. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten**

- 15.1 Een overig zorgproduct wordt gedeclareerd bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op het moment van de uitvoerdatum van het overige zorgproduct is verzekerd.
- 15.2 Een zorgverlener mag een overig zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de in deze regeling vastgestelde registratiebepalingen en voldaan is aan de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten/overige zorgproducten uit de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.
- 15.3 Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijns diagnostiek en paramedische behandeling en onderzoek, kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
  - a. Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns<sup>35</sup>, waarbij dit overige zorgproduct niet op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject voor dezelfde zorgvraag, 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. Paramedische zorg, waarbij de betreffende zorgactiviteiten niet uitgevoerd worden in het kader van een DBC-zorgproduct.<sup>36</sup> Hierbij gaat het om:
    - Paramedische zorg voor een andere zorgvraag dan de zorgvraag waarvoor een zorgtraject loopt, of
    - Paramedische zorg die uitgevoerd wordt en waarbij tegelijkertijd geen DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd.
- 15.4 Indien er sprake is van poliklinische fysiotherapie kunnen de betreffende zorgactiviteiten, ook

<sup>34</sup> Zie hiervoor ook de registratiebepalingen in artikel 8.1.

<sup>35</sup> Voor een overig zorgproduct spermaonderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110) is een verzoek van de eerstelijns niet noodzakelijk als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitsprekeuur. 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 nieuw verzoek van de eerstelijns nodig. Bij het initieel in behandeling nemen van de patiënt in een trombosedienst is wel een verzoek van de eerstelijns nodig. Voor het klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079996) is geen verzoek van de eerstelijns noodzakelijk op het moment dat het onderzoek aanvullend in rekening wordt gebracht bij een rijbewijskeuring (119027 t/m 119030).

<sup>36</sup> De zorgaanbieder moet altijd kunnen aantonen dat de uitgevoerde behandeling niet voortvloeit uit de zorgvraag van een bestaand subtraject.





wanneer deze niet op verzoek van de eerste lijn worden uitgevoerd, naast de DBC-zorgproducten gedeclareerd worden. Deze uitzondering geldt niet voor revalidatiegeneeskunde en geriatrische revalidatiezorg.

- 15.5 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.
- 15.6 Een add-on mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'eerder dan declaratie van het DBC-zorgproduct' worden gedeclareerd.
- 15.7 Een add-on IC mag per kalenderdag worden gedeclareerd.
- 15.8 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 pediatrie IC (190150 of 190151) worden gedeclareerd.
- 15.9 Bij declaratie van een add-on geneesmiddel wordt het zorgtrajectnummer van het zorgtraject waarop het betrekking heeft meegestuurd.
- 15.10 Bij declaratie van een add-on IC wordt het subtrajectnummer van het zorgproduct waarop het betrekking heeft meegestuurd. Indien er sprake is van een add-on IC met zorgtype 52 wordt het (eigen) subtrajectnummer meegestuurd.
- 15.11 Als er geen contractuele overeenkomst is tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar over de zwaarte van de te declareren behandeldagen (IC-behandeldag licht, middel of zwaar, met zorgactiviteitscodes 190153, 190154 of 190155), mag alleen de IC behandeldag 'licht' (190153) in rekening worden gebracht.
- 15.12 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 pediatrie IC. De ECMO prestatie kan als zijnde een toeslag naast de Neonatale intensive care of Pediatrie intensive care gedeclareerd worden.
- 15.13 Een overig zorgproduct uit de categorie supplementaire producten kan naast een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.
- 15.14 Een overig zorgproduct uit de categorie overige verrichtingen mag los gedeclareerd worden.
- 15.15 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 zorgverlener en de zorgverzekeraar.
- 15.16 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.
- 15.17 De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg (190287) mag worden gedeclareerd, indien:
  - de patiënt, die complexe wondzorg ontvangt, niet in een instelling verblijft, én
  - hier een schriftelijke overeenkomst tussen zorgverlener en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt, en
  - de zorgverlener beschikt over een organisatiestructuur die voldoet aan de voorwaarden die de IGZ heeft gesteld in artikel 3.1 van het document 'basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014.pdf'.



- 15.18 Het overig zorgproduct injectiepen bij somatropine (199850) mag alleen worden gedeclareerd indien:
- het overig zorgproduct in combinatie met een add-on duur geneesmiddel voor somatropine met als toedieningsvorm injectievloeistof wordt gedeclareerd, en
  - er ten aanzien van deze prestatie een contractuele overeenkomst is tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar.
- 15.19 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.
- 15.20 Het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) kan bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht.
- 15.21 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.
- 15.22 Voor de SOA-tests voor Chlamydia, Gonorrhoe, 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.
- 15.23 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. De toeslagprestatie mag ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Bij een vorderingsprocedure (119028) mag deze toeslag (119030) maximaal 4 keer in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Bij een eigen verklaringsprocedure (19027) mag de toeslag (119029), enkel indien sprake is van een neurologische of psychiatrische keuring, maximaal 2 keer in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Alleen voor daadwerkelijk gerealiseerde tijdbesteding mogen toeslagen in rekening gebracht worden.
- 15.24 Declaratiebepalingen kaakchirurgische verrichtingen

#### *Gecombineerde verrichtingen*

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting door dezelfde wond plaatsvinden, wordt alleen de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde gedeclareerd. Deze puntwaarden zijn te vinden in bijlage 7 van de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting, maar niet door dezelfde wond plaatsvinden, wordt de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde als een reguliere prestatiecode vastgelegd. Voor elke andere ingreep of verrichting (indien niet door dezelfde wond) worden prestatiecodes vastgelegd die voorzien zijn van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is, dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd.

Dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting worden eenmaal vastgelegd als een reguliere prestatiecode en eenmaal als een prestatiecode welke voorzien is van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd. Bij een combinatie van een dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingreep of verrichting en nog een andere ingreep in dezelfde zitting door een andere wond, wordt als volgt gedeclareerd: éénmaal de reguliere prestatie met de hoogste puntwaarde vermeerderd met de andere soort prestatiecodes welke voorzien zijn van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd.

#### *Consult (234003)*

Indien een consult kaakchirurgie (234003) in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting



uit productgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht. Voor het maximumtarief van het consult verleent de kaakchirurg gedurende 30 dagen na de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de kaakchirurg meldt, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.

#### *Assistentie bij een kaakchirurgische verrichting (230002)*

Assistentie kan alleen in rekening worden gebracht indien het noodzakelijk was dat de assistierende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook daadwerkelijk een deel van de verrichting uitvoerde. In de persoon van een medisch adviseur kan inzage verkregen worden in het operatieverslag waaruit zal blijken dat de assistierende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook noodzakelijk en daadwerkelijk (een deel van) de verrichting uitvoerde. De prestatie assistentie mag enkel in rekening gebracht worden indien:

- de kaakchirurg zich op medische gronden doet bijstaan door een collega kaakchirurg of tandartsspecialist; of
- de kaakchirurg zich bij een klinische verrichting op medische gronden doet bijstaan door een tandarts of arts, niet zijnde een tandartsspecialist of medisch specialist.

Deze prestatie kan per operatiesessie meermaals, maar maximaal één keer per verrichting in rekening worden gebracht. Dit geldt ook indien meer dan één arts assisteert.

#### *Fractuurbehandeling*

Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, kan slechts één verrichtingsnummer gedeclareerd worden en wel de verrichting met de hoogste puntwaarde.

De kaakchirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudo-arthrose, kan als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.

#### *Intermaxillaire fixatie (238048)*

Het tarief voor intermaxillaire fixatie (238048) kan niet worden gedeclareerd in combinatie met een osteotomie, een fractuurbehandeling en/of een reconstructieve behandeling.

#### *Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)*

De techniekkosten voor het MRA mogen apart in rekening worden gebracht.

In het maximumtarief voor het MRA zijn consultatie en diagnostiek (inclusief eventuele röntgenfoto's) niet inbegrepen. Dit kan apart in rekening worden gebracht.

Controlebezoeken, al dan niet met kleine correcties aan het MRA of andere kleine verrichtingen, kunnen vanaf twee maanden na plaatsing in rekening worden gebracht (code 234191).

Voor een consult naar aanleiding van een klacht kan de prestatie consult (234003) apart in rekening worden gebracht.

In het geval het MRA gemaakt wordt vanwege OSAS (Obstructief Slaap Apneu Syndroom) zal multidisciplinaire diagnostiek tot de indicatie MRA-behandeling hebben geleid. Voor de keuze van een type MRA kan het noodzakelijk zijn om aanvullend onderzoek te doen. Dit aanvullend onderzoek kan apart in rekening worden gebracht.

In het geval er voor het repareren van het MRA (code 234192) opnieuw moet worden geregistreerd, is het vervaardigen en declareren van een nieuwe MRA mogelijk (code 234190 plus techniekkosten).

#### *Taakdelegatie*

Bij sommige kaakchirurgische zorgvragen kan een deel van de behandeling uitgevoerd worden door een andere beroepsbeoefenaar (bijv. mondhygiënist). Hiervoor kunnen kaakchirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg hoofdbehandelaar is en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg.

#### *Dagverpleging kaakchirurgie (231901)*

Deze prestatie kan niet in combinatie met prestatie 231902 'Verpleegdag kaakchirurgie' of prestatie 234003 'Consult' worden gedeclareerd.

#### *Verpleegdag kaakchirurgie (231902)*

Deze prestatie kan niet in combinatie met prestatie 231901 'Dagverpleging kaakchirurgie' of prestatie 234003 'Consult' worden gedeclareerd.

#### *Techniekkosten*

Techniekkosten kunnen en mogen additioneel in rekening worden gebracht, tenzij deze kosten reeds in de desbetreffende bedragen zijn begrepen.

15.25 Voor de prestatie 'Verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialis-

tische zorg' is een maximumtarief vastgesteld. Er geldt een tarief-eenheid van een uur. Indien sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Indien er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

Zie voor het maximumtarief de tariefbeschikking op de NZa-site onder 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'. De hoogte van het tarief is afgeleid van het maximum uurtarief voor gespecialiseerde verpleging.

*Toelichting:*

*De tarieven voor prestaties in verband met 'verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg' worden door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een cliënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat men bij bijvoorbeeld zeventien minuten geleverde zorg een volledig uur in rekening brengt. Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten zorg geleverd, vijftien minuten worden gedeclareerd en voor zes uur en twaalf minuten zorg geleverd, wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.*

- 15.26 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 zorgverlener mag een DBC-zorgproduct vóór de algemene sluitingsregels uit artikel 10.1 declareren indien is voldaan aan onderstaande voorwaarden:
- De zorgverlener heeft geen overeenkomst<sup>37</sup> met een zorgverzekeraar, en
  - De behandelend beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert heeft vastgesteld dat de feitelijke behandeling in het kader van het betreffende subtraject is beëindigd; en
  - Alle registratieregels zijn in acht genomen (met dien verstande dat de sluitingsdatum een toekomstige datum is); en
  - Er is geen sprake van uitzonderingen op de afsluitregels, zoals genoemd in artikel 10.2.
- 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.

### Informereren

#### Artikel 17. Informatieverplichting bij declaratie

- 17.1 Informatieverplichting bij declaratie van DBC-zorgproducten
- Een declaratie vermeldt minimaal de volgende gegevens:
- DBC-zorgproduct startdatum:** Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten. Een subtraject wordt afgeleid tot een DBC-zorgproduct en heeft een eigen startdatum.
  - DBC-zorgproduct einddatum:** Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten. Een subtraject wordt afgeleid tot een afzonderlijk DBC-zorgproduct en heeft een eigen einddatum.
  - 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).
  - (Typerende) Diagnose:** De (typerende) diagnose is de diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert.
  - 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.
  - Subtrajectnummer:** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd.

<sup>37</sup> Onder overeenkomst wordt verstaan: een overeenkomst voor de levering van (bepaalde) zorg.

- g. **Hash-code**<sup>38</sup>: Een code die aangeeft dat de prestatie door een grouper is afgeleid.
- h. **Gedeclareerd bedrag**: Op de declaratie dient het gedeclareerde bedrag van het DBC-zorgproduct opgenomen te zijn.
- 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).<sup>39</sup> Deze AGB-code bestaat uit 4 posities.
- k. **Consumentenomschrijving (lekenomschrijving)**: Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt dient voor DBC-zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving<sup>40</sup> 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<sup>41</sup> (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).<sup>42</sup>
- 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 vermeld te worden. Dit kan een instelling, een praktijk of een natuurlijk persoon zijn. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder l5 en l7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) vermeld te worden van de natuurlijke persoon die doorverwijst.
- n. **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.
- o. **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.
- p. **Indicatie machtiging**: Middels 'ja' of 'nee' wordt op de nota aangegeven of de declaratie wel of geen zorgactiviteiten bevat waarvoor een machtiging is vereist.
- q. **Zorgactiviteiten**:
1. Vermelding zorgactiviteiten  
Indien één van de in bijlage 3a genoemde zorgactiviteiten deel uit maakt van het lokale profiel van een DBC-zorgproduct geopend na 31 mei 2014, dienen de code, consumentenomschrijving, aantal en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit te worden vermeld op de declaratie.<sup>43</sup>
  2. Privacyverklaring  
De verplichting genoemd onder 12.3, 14.5, 17.1g en 17.1q1, blijven buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 3b.
  3. Inzenden verklaring

<sup>38</sup> Indien er tussen de zorgverlener 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.

<sup>39</sup> Indien een SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist of physician assistant geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringlijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

<sup>40</sup> Zie voor de consumentenomschrijving van DBC-zorgproducten bijlage 4.

<sup>41</sup> Er is geen nieuwe verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder nodig op het moment dat het in het kader van de behandeling van de patiënt noodzakelijk is om de patiënt structureel terug te laten komen bij het specialisme. De patiënt is dus nog niet uitbehandeld bij het specialisme.

<sup>42</sup> Dit type verwijzer kan ook worden gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM voor een vervolgonderzoek naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

<sup>43</sup> Over het vermelden van de uitvoerder bij de zorgactiviteit kunnen in het kader van taakherschikking lokale afspraken worden gemaakt.



De verklaring genoemd onder q2 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de declaratie bij de zorgverzekeraar in het bezit te worden gesteld van de zorgverzekeraar van de patiënt.

4. **Bewaren afschrift**  
De zorgaanbieder is verplicht in zijn administratie een afschrift te houden van de verklaring genoemd onder q2.
5. **Controle door de zorgverzekeraar**  
Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van nota's die, vergezeld van een verklaring als bedoeld onder q2, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt uitsluitend plaats door of onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

#### 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. **Zorgtrajectnummer:** Een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
- d. **Aantal gebruikte eenheden:** De gedeclareerde hoeveelheid.
- e. **Zorgproductcode:** De zorgproductcode is de zorgactiviteitcode (zes posities).
- f. **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.
- g. **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, dieetadvisering, orthoptie of prenatale screening.
- h. **AGB-code verwijzer:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder g3, g4 en g6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende instelling/praktijk of natuurlijk persoon vermeld te worden. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder g5 en g7 dient op de declaratie een AGB code (8 posities) van de verwijzende natuurlijk persoon vermeld te worden.
- i. **AGB-code verwijzend specialisme:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder g5, g6 of g7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het specialisme vermeld te worden.
- j. **Gedeclareerd bedrag:** Op de declaratie dient het gedeclareerde bedrag van het DBC-zorgproduct opgenomen te zijn.

#### 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 geneesmiddelen 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
<b>Overige zorgproducten</b>	x				x	x	x	x	x	x
<b>Add-on IC's</b>	x	x			x	x	x	x	x	x
<b>Add-on geneesmiddelen</b>	x		x <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x

<sup>1</sup> Deze voorwaarde is niet van toepassing als een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijhorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

## Artikel 18. Standaard prijslijst

Zorgverleners zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling maken een standaard prijslijst bekend voor prestaties in het vrije en gereguleerde segment.

- 18.1 De standaard prijslijst bevat de volgende onderdelen, zoals vastgesteld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 5):
- de DBC-zorgproductcode;
  - de DBC-zorgproduct (consumenten)omschrijving;
  - de declaratiecode;
  - de periode waarvoor de totaalprijs geldt (ingangdatum en eventueel einddatum);
  - het integrale tarief.

*Toelichting*

De onderdelen die in deze bepalingen worden genoemd vormen de onderdelen zoals opgenomen in het sjabloon. Zorgverleners kunnen het sjabloon letterlijk overnemen maar zijn daartoe niet verplicht. Het gaat erom dat de prijslijst de in het sjabloon genoemde onderdelen op een transparante wijze weergeeft.

- 18.2 Daarnaast bevat de standaard prijslijst een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel, door opname van 'definities' zoals vermeld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 5).
- 18.3 De standaard prijslijst vermeldt één actuele prijs voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening kan brengen.
- 18.4 De zorgverlener 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(-en) van jaar t en t-1. Uiterlijk per 15 november van jaar t geldt dit ook voor de standaard prijslijst van jaar t+1.
- Indien de zorgverlener een website heeft, plaatst de zorgverlener de standaard prijslijst(-en) op de website.
  - De zorgverlener informeert een consument op verzoek over de prijzen op de standaard prijslijst(-en) of stuurt een consument op verzoek binnen achtenveertig uur per post of digitaal de verzochte prijsinformatie toe.

*Toelichting*

De verplichting om per 15 november van jaar t ook de standaard prijslijst voor jaar t+1 bekend te maken, heeft als doel om consumenten in staat te stellen deze informatie mee te laten wegen in hun keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar voor jaar t+1.

## Artikel 19. Informatieverplichting solisten

- 19.1 Solisten die declareren op basis van een individuele beschikking (zie artikel 13.3) zijn verplicht om wijzigingen in de bedrijfsvoering (NAW-gegevens, KvK-inschrijving, etc.) of wijzigingen in de organisatiestructuur (samengaan/fusie met andere solist of instelling, beëindiging van de bedrijfsactiviteiten, faillissement, etc.) aan de NZa te melden.

Nederlandse Zorgautoriteit,  
M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.



---

## **BIJLAGE 1: DIAGNOSE-COMBINATIETABEL**

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



---

## **BIJLAGE 2: REGISTRATIEADDENDUM**

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



---

## **BIJLAGE 3A: OVERZICHT ZORGACTIVITEITEN OP NOTA**

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).





---

## **BIJLAGE 3B: PRIVACYVERKLARING ZORGACTIVITEITEN**

Deze bijlage is als losse bijlage (Pdf) te downloaden via de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



---

#### **BIJLAGE 4: OVERZICHT DBC-ZORGPRODUCTEN OP NOTA**

Deze bijlage is als losse bijlage (Pdf) te downloaden via de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



---

## **BIJLAGE 5: SJABLOON STANDAARD PRIJSLIJST**

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).