



Regeling medisch specialistische-zorg

REGELING NR/REG-2001a

Vastgesteld op 10 september 2019

Inhoudsopgave

1.	Begripsbepalingen	2
2.	Doel van de regeling	5
3.	Reikwijdte	5
Hoofdstuk I Zorgtrajecten		5
4.	Algemene registratiebepalingen	5
5.	Openen zorgtraject (met subtraject ZT11)	5
6.	Sluiten zorgtraject (met subtraject ZT11 of ZT21)	7
7.	Openen zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)	7
8.	Sluiten van een zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)	7
9.	Openen overig zorgtraject (met subtraject ZT41)	7
10.	Sluiten overig zorgtraject (met subtraject ZT41)	7
11.	Openen ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)	7
12.	Sluiten ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)	8
13.	Openen ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)	8
14.	Sluiten ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)	8
Hoofdstuk II Subtrajecten		8
15.	Algemene registratiebepalingen	8
16.	Openen subtraject met ZT11 of ZT21	8
17.	Sluiten klinisch subtraject met ZT11 of ZT21	9
18.	Sluiten niet-klinisch subtraject met ZT11 of ZT21	9
19.	Uitzonderingen op opening- en afsluitregels subtraject met ZT11 of ZT21	9
20.	Sluiten van een icc-subtraject met ZT13	14
21.	Sluiten van subtraject met ZT41	14
22.	Sluiten van ic-subtraject met ZT51 en ZT52	14
Hoofdstuk III Zorgactiviteiten		15
23.	Algemene registratiebepalingen	15
24.	Zorgactiviteitsomschrijvingen	15
Hoofdstuk IV Overige zorgproducten		24
25.	Algemene registratiebepalingen	24
26.	Overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten	24
27.	Overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek	26
28.	Overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek	27
29.	Overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen	28
Hoofdstuk V Afleiden		32
30.	Regels afleiden	32
Hoofdstuk VI Declareren en betalen		32
31.	Algemene declaratiebepalingen	32
32.	Onderlinge dienstverlening	33
33.	Declaratiebepalingen voor dbc-zorgproducten	34
34.	Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten	35
34a.	Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten	36
34b.	Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek	37
34c.	Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek	37
34d.	Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen	37
35.	Terugvaloptie	39
Hoofdstuk VII Informeren		39
36.	Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten	39
37.	Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten	41
38.	Standaardprijslijst	42
39.	Informatieverplichting solisten	42
40.	Intrekking oude regeling	42
41.	Overgangsbepaling	42
42.	Inwerkingtreding en citeertitel	43
Toelichting		44
Bijlagen		53

Grondslag

Gelet op 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.



1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

a. *Add-on*

Een overig zorgproduct (ozp), dat uiteen valt in drie categorieën:

- zorg op de intensive care (ic), uitgedrukt in zorgactiviteiten en behorend bij een dbc-zorgproduct;
- een limitatief aantal geregistreerde geneesmiddelen, elk gekoppeld aan een ZI-nummer.
- Een aantal specifieke prestaties met aanvullende voorwaarden (add-on overig)

b. *AGB-code*

Een unieke code die aan de zorgaanbieder, zorgverlener, praktijk en/of instelling wordt toegekend en waarmee de zorgaanbieder, zorgverlener en de praktijk of instelling kan worden geïdentificeerd. De AGB-code is opgebouwd uit acht posities. De eerste twee posities geven de zorgverlenersoort weer (01 = huisartsen, 03 = medisch specialist et cetera). De overige zes posities zijn een volgnummer.

c. *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.

d. *Dbc-zorgproduct*

Een declarabele prestatie die via de beslisboom is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten.

e. *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).

f. *Dbc-zorgproductgroep*

Een verzameling van dbc-zorgproducten. Deze verzameling 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.

g. *Dbc-zorgproductgroepcode*

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

h. *Declaratiedataset*

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

i. *(typerende) Diagnose*

De diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert. De typerende diagnose kan per subtraject verschillen.

j. *Diagnose-behandelcombinatie*

Een diagnose-behandelcombinatie (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.

k. *Diagnose-combinatietabel*

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

l. *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 van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

m. *Eigen zorgverlener*

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

n. *Facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek*

Een tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) overeengekomen prestatie voor eerstelijnsdiagnostiek

o. *Gereguleerd segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

p. *Grouper*

Een applicatie in een beveiligde omgeving die op basis van een aangeleverde declaratiedataset dbc-zorgproducten en add-ons, met uitzondering van add-ongeneesmiddelen, afleidt conform de door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen.

q. *Hoofdbehandelaar*

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

r. *Hoofddiagnose ICD-10*

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



s. *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.

t. *Instelling*

Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijke persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen.

u. *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.

v. *Kostendrager*

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

w. *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.

x. *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.

y. *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), generalistische basis-ggz en forensische zorg.

z. *Onderlinge dienstverlening*

Het leveren van zorg als (onderdeel van een) dbc-zorgproduct door één of meerdere zorgaanbieders (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar.

aa. *Ondersteunend specialist*

Een specialist die niet als poortspecialist fungeert en die medisch-specialistische zorghandelingen uitvoert in het kader van een zorgtraject van een poortspecialist. Een ondersteunend specialist heeft dus geen eigen zorgtraject.

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).

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel de poortfunctie uitvoeren en is er sprake van een eigen zorgtraject. Dit geldt voor: een interventie-radioloog (0362), een anesthesist als pijnbestrijder (0389) en een klinisch geneticus (0390).

bb. *Onverzekerde zorg*

Zorg die niet behoort tot de te verzekeren prestaties bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

cc. *Overig zorgproduct (ozp)*

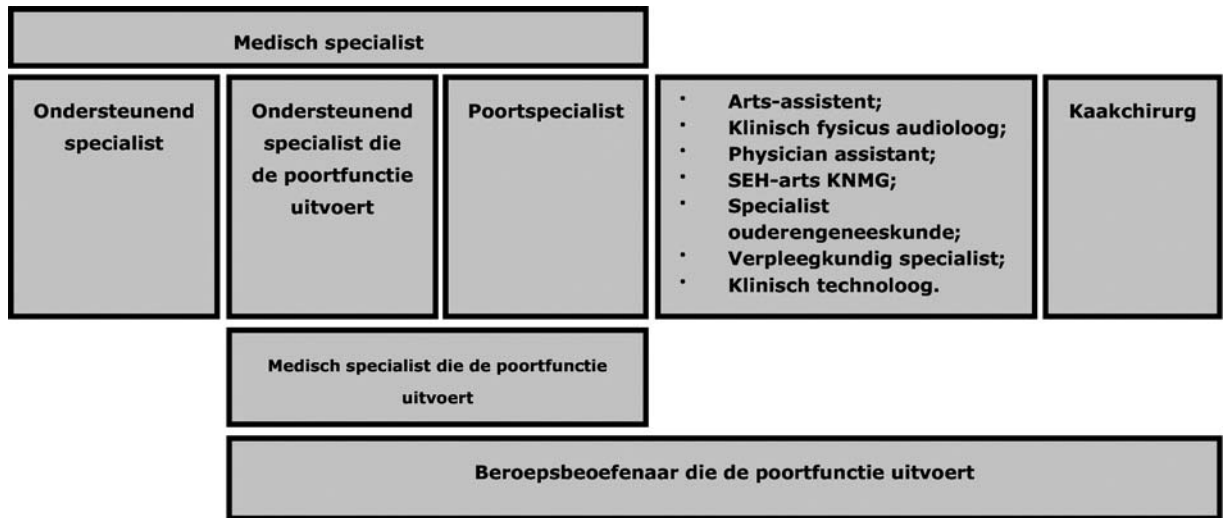
Een prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

dd. *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). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysisch audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technologen. Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie uitvoeren, maar declareren alleen overige zorgproducten



Figuur 1 Overzicht beroepsbeoefenaren



ee. *Poortspecialist*

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/neonatologie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde.

ff. *Prestatie*

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

gg. *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.

hh. *Specialist ouderengeneeskunde*

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

ii. *Subtraject*

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten.

jj. *Typeringslijst*

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

kk. *Uitvalproduct*

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

ll. *Verpleeghuis*

Organisatorisch verband dat op grond van artikel 5, eerste lid, WTZi is toegelaten als instelling voor verpleging als bedoeld in artikel 1.2 nummer 18, van het Uitvoeringsbesluit WTZi voor de functie verblijf in combinatie met behandeling.

mm. *Verzekerde zorg*

Zorg die behoort tot de te verzekeren prestaties bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

nn. *Vrij segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

oo. *Vrij tarief*

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

pp. *Zorgaanbieder*

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

qq. *Zorgactiviteit*

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



rr. *Zorgproduct*

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

ss. *Zorgprofiel*

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een dbc-zorgproduct.

tt. *Zorgtraject*

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.

uu. *Zorgverlener*

Instelling of solist.

2. Doel van de regeling

In deze regeling legt de NZa regels vast die zorgaanbieders die op grond van artikel 3 onder de reikwijdte van deze regeling vallen in acht moeten nemen bij het leveren en registreren van prestaties en tarieven van medisch-specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

3. Reikwijdte

- Deze regeling is van toepassing op instellingen die geneeskundige zorg leveren als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv), voor zover deze omvat:
 - zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden,
 - zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a Bzv,
 - geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c Bzv.
- Deze regeling is voorts van toepassing op instellingen die mondzorg leveren als bedoeld in artikel 2.7 Bzv, voor zover deze wordt geleverd door kaakchirurgen.
- Onder de zorg genoemd in het eerste en tweede lid wordt in het kader van deze regeling zowel verzekerde als onverzekerde zorg begrepen.
- Deze regeling is niet van toepassing op:
 - abortusklinieken;
 - instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de Beleidsregel generalistische basis-ggz, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel msz (te raadplegen via <https://puc.overheid/nza/>).

HOOFDSTUK I ZORGTRAJECTEN

4. Algemene registratiebepalingen

- De registratie van het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt diegene zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien de typeringslijst niet beschikbaar of volledig is, voor dat type van zorg.
- Een dbc-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener. Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan, tenzij in deze regeling is bepaald dat naast het dbc-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add-on, mag worden gedeclareerd. Voor prestaties geldt met ingang van 1 januari 2015 een integraal tarief.
- De typeringslijst voor neonatologie wordt gehanteerd tot maximaal 28 dagen na de à terme datum (de uitgerekenende datum) indien de pasgeborene een aandoening krijgt die te maken heeft met de geboorte of perinatale periode. De typeringslijst voor kindergeneeskunde wordt gehanteerd vanaf 28 dagen na de à terme datum of op het moment dat de pasgeborene een aandoening krijgt die niet te maken heeft met de geboorte of perinatale periode.

5. Openen zorgtraject (met subtraject ZT11)

- Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt zich meldt met een nieuwe zorgvraag bij een instelling. Voor deze zorgvraag is bij het betreffende specialismen binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
- Multidisciplinaire behandeling
 - Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van

- een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.
- b. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een SEH-arts KNMG (of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de SEH-functie uitoefent) als een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt één zorgtraject geopend.
3. Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals beschreven in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
 - de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.
 4. Parallele zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme
 - a. Voor het openen van een parallel zorgtraject binnen eenzelfde specialisme gelden de eisen zoals beschreven in bovenstaande leden en moet sprake zijn van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag.
 - b. Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetyping mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel (bijlage 6).
 - c. Er wordt geen parallel zorgtraject geopend:
 - Wanneer de combinatie van beide diagnoses voorkomt in de diagnose-combinatietabel (bijlage 6).
 - Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetyping voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject.
 - Binnen het specialisme cardiologie, behalve bij icc, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.
 - Binnen het specialisme klinische geriatrie, behalve bij icc of klinische medebehandeling.
 - Bij neonatologie binnen het specialisme kindergeneeskunde.
 - Binnen het specialisme geriatrische revalidatiezorg.
 - Bij de diagnoses voor 'ouderengeneeskunde' (090 t/m 095) binnen het specialisme inwendige geneeskunde, behalve bij icc of medebehandeling.
 - Binnen het specialisme gynaecologie voor eenzelfde fase tijdens één zwangerschap (fasen: zwangerschap, bevalling en kraambed), met uitzondering van de fase voor kraambed indien zich een postnatale depressie voordoet na postnatale complicaties
 - d. Bij de volgende diagnoses kan een parallel zorgtraject geopend worden:
 - Diagnosen die vastgesteld worden tijdens het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS, welke beschreven wordt met de diagnoses 'ATLS-opvang trauma ISS <16' en 'ATLS-opvang multitrauma ISS ≥ 16'. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.
 - Diagnosen die vastgesteld worden naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek 'Screening colorectaal carcinoom'. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden als bij de screening een aandoening geconstateerd wordt waarvoor een behandeltraject start.
 - e. Indien medicinale oncologische behandeling ter voorbereiding op een stamceltransplantatie plaatsvindt, wordt voor het stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend.
 - f. Bij chronische zorg met thuisbeademing mag een zorgtraject parallel aan de aandoening waarvoor de chronische thuisbeademing wordt gegeven geopend worden.
 - g. Bij chronische dialyse mag een zorgtraject parallel aan de aandoening waarvoor de dialyse wordt gegeven geopend worden.
 - h. Een orgaantransplantatietraject kan parallel aan het zorgtraject voor de onderliggende aandoening worden geopend. Een zorgvraag maakt onderdeel uit van het transplantatiezorgtraject wanneer aan de volgende criteria voldaan is:
 - de transplantatiespecialist treedt op als hoofdbehandelaar; en
 - er is sprake van een direct oorzakelijk verband met de transplantatie; en
 - de transplantatie gerelateerde zorgvraag doet zich voor tijdens de looptijd van het operatieve fase 2 subtraject of binnen het eerst geopende nazorgtraject van 120 dagen.
 - i. Voor de begeleiding rond hart-, long- en hartlongtransplantaties wordt door de specialismen cardiologie, longgeneeskunde en kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel) zorg/subtraject geopend.



- j. Bij radiotherapie kan een parallel zorgtraject geopend worden bij:
- Combinatiebehandelingen
Voor combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/of hyperthermie wordt per soort behandeling een afzonderlijk (parallel) traject geopend.
 - Uitwendige bestraling
Voor uitwendige bestraling geldt dat parallelle zorgtrajecten zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee ISO centra betekent twee zorgtrajecten.

6. Sluiten zorgtraject (met subtraject ZT11 of ZT21)

1. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 wordt afgesloten na een periode van 360 (3 maal 120) dagen na afsluiten van een subtraject indien geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland in de toekomst.
2. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 mag ook worden afgesloten op het moment van overlijden van een patiënt.
3. Voor het poortspecialisme cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten in verband met niet toegestane paralleliteit. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 wordt bij het poortspecialisme cardiologie afgesloten op het moment dat zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject voor cardiologie wordt geopend.

7. Openen zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.
2. Een specialisme opent per klinische opname van een ander specialisme maximaal één icc zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult.
3. Wanneer na een icc de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling, wordt geen (icc) zorg/subtraject geopend. Het zorgtype van het subtraject wordt omgezet van ZT13 naar ZT11 en de icc-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
4. Wanneer een specialisme dat de patiënt al onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan opent het eerstgenoemde specialisme een icc-zorg/subtraject naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling. De diagnose-combinatietabel is niet van toepassing op icc-zorg/subtrajecten.
5. Bij een dagverpleging en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) wordt geen icc-zorg/subtraject geopend.

8. Sluiten van een zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)

Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de klinische opname van het bijbehorende zorgtraject wordt beëindigd, of uiterlijk op de 120e dag.

9. Openen overig zorgtraject (met subtraject ZT41)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien deze, op verzoek van de eerste lijn 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 levert aan een patiënt.
2. Een zorgtraject met een subtraject met ZT 41 wordt niet los gedeclareerd 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.

10. Sluiten overig zorgtraject (met subtraject ZT41)

Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 wordt afgesloten direct na uitvoering van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het overig zorgproduct.

11. Openen ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt door de intensivist of andere medisch eindver-



antwoordelijke geopend bij opname op de ic-afdeling, voor ic intercollegiaal consult buiten de ic en voor vervoer van een patiënt met interklinisch transport of MICU transport.

2. Een ic-zorg/subtraject 51 wordt altijd parallel (in samenhang met) een zorgtraject van de hoofdbehandelaar geregistreerd. Er wordt een verwijzing geregistreerd vanuit welk zorgtraject (= het zorgtraject van de hoofdbehandelaar) naar het ic-zorg/subtraject 51 is verwezen.
3. Een ic-zorg/subtraject 52 wordt 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.
4. Een ic-zorg/subtraject 51 of 52 wordt ook geregistreerd indien een patiënt in het kader van een zwangerschap en/of bevalling op de ic-afdeling terechtkomt en er voor deze patiënt een integraal geboortezorgtraject loopt.
5. Indien na ontslag van de ic-afdeling de behandeling klinisch wordt voortgezet, wordt het subtraject met ZT52 omgezet naar een subtraject met ZT51 dat gekoppeld wordt aan het zorgtraject met ZT11-subtraject. In dit geval wordt een subtraject ZT11 met terugwerkende kracht geopend op de datum waarop de patiënt is opgenomen op de ic-afdeling.
6. Parallele ic-zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.
7. Wanneer de patiënt gedurende een klinische opname meer periodes op de ic verblijft, wordt voor elke ic-opnameperiode een ic-zorg/subtraject 51 geopend (en gesloten).
8. Tijdens de ic-opnameperiode mogen geen verpleegdagen of klinische zorgdagen in de thuissituatie worden geregistreerd. Op één kalenderdag wordt óf een ic-dag óf een verpleegdag óf een klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

12. Sluiten ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)

1. 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.
2. 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 vervolgs-subtraject voor de hoofdbehandelaar wordt een nieuw ic-zorg/subtraject 51 geopend. Het afgesloten subtraject ZT51 wordt tegelijk met het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 17 en 18.

13. Openen ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)

Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar kan worden geopend wanneer de ondersteuner zorg levert aan de patiënt en voor deze zorgvraag geen eigen zorgtraject open staat. Deze zorgactiviteiten worden gekoppeld aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

14. Sluiten ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)

Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar wordt afgesloten wanneer het subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten conform de afsluitregels in artikel 17 en 18. Het afgesloten subtraject ZT51 wordt tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd.

HOOFDSTUK II SUBTRAJECTEN

15. Algemene registratiebepalingen

De instelling is samen met de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD-10-code van de hoofddiagnose. De ICD-10-code wordt geregistreerd per subtraject.

16. Openen subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een subtraject met een ZT11 wordt geopend bij het openen van een zorgtraject als omschreven in hoofdstuk I van deze regeling.
2. Een subtraject met een ZT21 wordt aansluitend geopend als in het kader van de zorgvraag van een reguliere behandeling of controletraject binnen 120 dagen na het afsluiten van een voorgaand subtraject met ZT11 of ZT21 een zorgactiviteit wordt geregistreerd.
3. 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 subtraject met ZT21 geopend op de 121^e respectievelijk 241^e dag na afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21.

17. Sluiten klinisch subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een klinisch subtraject met een ZT11 of 21 (initiële of vervolgbehandeling) wordt gesloten op de 42e dag na ontslagdatum.
2. Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her)opname plaatsvindt voor dezelfde zorgvraag, dan wordt afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.
3. Wanneer binnen deze 42-dagen periode nog een dagverpleging (1 of meer) of operatieve ingreep (1 of meer) plaatsvindt voor dezelfde zorgvraag, dan wordt het subtraject toch afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinisch opname.
4. Indien een subtraject na 120 dagen na opening nog niet gesloten is, wordt het op de 120e dag gesloten. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

18. Sluiten niet-klinisch subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen, met ZT11 of ZT21 wordt gesloten op de 42e dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.
2. Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat dan wordt het subtraject afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste ingreep.
3. Een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling wordt als volgt afgesloten:
 - a. met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject;
 - b. met ZT21: op de 120e dag na de opening van het subtraject.
4. Indien het subtraject na 120 dagen nog open staat, wordt het op de 120e dag gesloten. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

19. Uitzonderingen op opening- en afsluitregels subtraject met ZT11 of ZT21

Van de in artikel 17 en 18 vermelde algemene afsluitregels wordt uitsluitend afgeweken indien zich één of meer van de in dit artikel opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitregel.

1. Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandelingen (1.0000.1)
 - a. Voor kinderoncologische behandelingen in een centrum voor kindergeneeskunde oncologische behandeling met SKION-stratificatie gelden andere sluitingsregels (zie 1.0000.11).
 - b. Medicinale oncologische behandelingen binnen vervolg (ZT21) subtrajecten;
 - Een klinisch vervolg 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.In afwijking op het bovenstaande gelden voor klinische subtrajecten met orale oncologische medicatie (behalve bij acute leukemie) conform de algemene regels voor het afsluiten van klinische subtrajecten ZT21 (zie artikel 17) dat deze worden afgesloten 42 dagen uit de kliniek, tenzij sprake is van:
 - 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.

Een niet klinisch subtraject ZT21 met een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie (behalve bij acute leukemie) wordt 42 dagen na toediening per infuus of injectie afgesloten tenzij 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 (behalve bij acute leukemie) geldt dat het subtraject ZT21 42 dagen na de uitvoerdatum van de eerste begeleidingszorgactiviteit zoals omschreven in het registratieaddendum 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.

- Bij een medicinale oncologische behandeling van acute leukemie per infuus of injectie wordt het ZT21 subtraject (of ZT11 waarbij de uitvoerdatum van de eerste medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie gelijk is aan de startdatum van het subtraject) gesloten op de 30ste dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de medicinale oncologische behandeling indien er tijdens de eerste 30 dagen van het subtraject geen medicinale oncologische behandeling heeft plaatsgevonden.
- 2. Chronische zorg met thuisbeademing (1.0000.2)
Bij chronische zorg met thuisbeademing wordt het subtraject gesloten op de 30ste dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor chronische zorg met thuisbeademing indien er tijdens de eerste 30 dagen van het subtraject geen zorgactiviteit voor chronische zorg met thuisbeademing is geregistreerd. 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 17 en 18.
- 3. Chronische zorg met dialyse (1.0000.3)
Bij chronische zorg met dialyse wordt het subtraject afgesloten op de zevende dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor chronische dialyse (192048, 192049, 192051 t/m 192056, 192058, 192059 en 192061 t/m 192070), indien er tijdens de eerste zeven dagen van het subtraject geen zorgactiviteit voor chronische dialyse is geregistreerd. Een zorgactiviteit voor dialyse wordt eenmaal per dialyse 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.
- 4. Gynaecologie intra-uteriene ingrepen (1.0307.2)
Bij intra-uteriene ingrepen (diagnosen Z24, Z25, Z27 en Z28) wordt het subtraject afgesloten één dag voor de andere intra-uteriene ingreep, of conform de algemene regel als vermeld in artikel 17 en 18 indien de andere ingreep later dan dit moment start.
- 5. Neonatologie (1.0316.1)
Een subtraject neonatologie wordt afgesloten op de dag van ontslag (ontslagdatum) van de neonaat uit het ziekenhuis.
- 6. Kindergeneeskunde en kinderneurologie oncologische behandeling in SKION centrum (1.0000.11)
De looptijd van kinderoncologische subtrajecten in een centrum met SKION stratificatie is altijd 120 dagen.
- 7. Cardiologie (1.0320.3)
Voor het specialisme cardiologie worden subtrajecten met ZT11 en ZT21 als volgt afgesloten:
 - a. Bij een klinische opname of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:
 - op datum van klinisch ontslag of dagverpleging (ZPK2) behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of electrocardioversie;
 - wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane paralleliteit).
 - b. 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.
 - c. Bij hartrevalidatie (diagnose 821) wordt het subtraject op de 120e dag na de opening van het subtraject afgesloten.
 - d. Op de dag voorafgaand aan het implanteren van (een deel van) een transvenieuze lead of een intracardiale pacemaker na een complexe transvenieuze leadextractie of complexe transve-

- neuze verwijdering van een intracardiale pacemaker.
8. 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.
 9. Reumatologie (1.0324.1)
Indien bij een vervolgbehandeling reumatologie (ZT21) de behandelsetting wijzigt, wordt het subtraject reumatologie afgesloten en mag de 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 18), 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.
 10. 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 of zorgactiviteit met zorgprofielklasse 1, 2, 3, 19 of 79 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.
 11. 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. Bijvoorbeeld als sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend grz zorgtraject.
Indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan, wordt (vanwege niet toegestane paralleliteit) het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag (handmatig) afgesloten (afsluitreden 75):
 - 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.
 12. Klinische geriatrie/inwendige geneeskunde (vakgebied ouderengeneeskunde) bij CGA (1.0000.8)
Indien er bij de behandeling klinische geriatrie of inwendige geneeskunde (vakgebied 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.
 13. 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 17 en 18) indien de behandeling later dan dit moment start. Een behandeling bevat alle bestralingen die onderdeel uitmaken van het behandelplan.
 14. Klinische genetica (1.0390.1)
Op de 90e dag na opening wordt het subtraject afgesloten als minimaal één zorgactiviteit voor erfelijkheidsonderzoek/advisering geregistreerd is: 191111, 191136, 191137, 191138. Als geen van deze zorgactiviteiten geregistreerd is, dan blijft het subtraject maximaal 120 dagen open. In dit laatste geval wordt het traject afgesloten op de dag van uitvoering van deze zorgactiviteit.
 15. 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 ZT21 subtraject voor de behandeling heeft een vaste looptijd van 120 dagen. Binnen dit ZT21 subtraject wordt bij het eerste face-to-face contact zorgactiviteit 193294 'Vervolgbehandeling na assessment – longastmacentra' geregistreerd. Deze zorgactiviteit wordt eenmalig binnen een zorgtraject geregistreerd.
 16. 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 vier fasen:

Fase 1: het screeningstraject

Fase 2: de diagnostiek genderidentiteitsstoornis

Fase 3: de real-life fase

Fase 4: vervolg

- a. Binnen een subtraject voor fase 1 wordt bij het eerste face-to-face contact met de poortspecialist de zorgactiviteit 036872 'Intake bij incongruentie van genderidentiteit' geregistreerd en bij het eerste face-to-face contact met de medische psychologie de zorgactiviteit 194162 'Intake face-to-face contact – medische psychologie'.
 - b. 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'.
 - c. Een subtraject voor fase 2 heeft een looptijd van 120 dagen tenzij binnen 120 dagen, de real-life fase start (fase 3). In dat geval wordt het subtraject afgesloten één dag voor de registratie van de zorgactiviteit 036874 'Real-life fase bij incongruentie van genderidentiteit'.
 - d. Zorgactiviteit 036874 'Real-life fase bij incongruentie van genderidentiteit' wordt zolang de real-life fase loopt minimaal één keer per subtraject geregistreerd.
 - e. Subtrajecten voor fase 3 en fase 4 hebben een looptijd van 120 dagen.
17. Bij de hierna volgende in tempi behandelingen van diverse specialismen wordt het subtraject na één van de beschreven in tempi behandelingen afgesloten wanneer de volgende in tempi behandeling van start gaat. Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluimoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende deelbehandeling start. Wanneer de volgende deelbehandeling later start dan het algemeen geldende sluitmoment zoals omschreven in artikel 17 en 18, dan geldt deze algemene regel, tenzij in onderstaande onderdelen anders wordt vermeld.

a. Stamceltransplantatie (2.0000.1)

Voor stamceltransplantatie (bij ontvanger) wordt een zorg/subtraject geopend (zo nodig parallel aan het medicinale (cytostatica) behandeltraject).

De volgende drie fasen worden bij stamceltransplantatie onderscheiden:

- Fase 1: selectie/afname;
- Fase 2: transplantatie;
- Fase 3: nazorg (posttransplantatie).

Na iedere fase van de behandeling 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 in de eerste alinea van dit artikellid genoemde moment.

Een subtraject in 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 nazorg (fase 3) geldt dat een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (032708, 192079, 192080, 192087 en 192098) uitsluitend door één zorgaanbieder binnen maximaal drie subtrajecten na een transplantatie wordt geregistreerd.

Zorgactiviteiten voor selectie stamcellen van verwante donoren (039236, 039237) worden geregistreerd in het subtraject van de ontvanger.

b. Orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie)(2.0000.4)

Het is niet toegestaan om een icc of medebehandeling uit te voeren in het kader van een transplantatiezorgvraag.

Ontvangers

1. Voor orgaantransplantatietrajecten voor ontvangers wordt door één specialisme een (eventueel parallel aan het zorgtraject voor de onderliggende aandoening) zorgtraject geopend.
2. De volgende fasen worden bij transplantatietrajecten onderscheiden:
 - Fase 1: pretransplantatie fase/screening ontvangers; deze fase breekt aan bij het beantwoorden van de vraag of de ontvanger in aanmerking komt voor transplantatie;
 - De initiële screening vindt plaats in een transplantatiecentrum of in een niet-transplantatiecentrum;
 - De follow-up screening en besluitvorming vindt plaats in een transplantatiecentrum.
 - Screening van kinderen vindt plaats in een transplantatiecentrum.
 - Fase 2: transplantatiefase ontvangers; de transplantatiefase vindt plaats in een transplantatiecentrum.
 - Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg ontvangers; deze fase breekt aan;
 - Voor het transplantatiecentrum; op de dag dat het eerste polikliniekbezoek plaatsvindt in het transplantatiecentrum in het kader van de nazorg na het klinisch ontslag van de ontvanger na de transplantatie.
 - Voor het niet-transplantatiecentrum; na de transplantatie na overdracht van de

patiënt voor de reguliere zorg door het transplantatiecentrum.

3. Een subtraject in een fase wordt op de 120^e dag na opening van het subtraject afgesloten tenzij eerder een andere fase aanbreekt. In dat geval wordt het subtraject gesloten één dag voor de dag van de andere fase.
4. Ook bij het opnieuw starten van fase 1, fase 2 of fase 3 wordt het voorafgaande transplantatie subtraject afgesloten één dag voor de dag dat fase 1, fase 2 of fase 3 start.

Donoren

5. Voor donor transplantatietrajecten wordt door één specialisme een zorgtraject geopend.
 6. De volgende drie fasen worden bij transplantatietrajecten onderscheiden:
 - Fase 1: pretransplantatie fase/screening donoren; deze fase breekt aan bij het beantwoorden van de vraag of de donor in aanmerking komt voor transplantatie;
 - De initiële screening voorbereidend onderzoek vindt plaats in een transplantatiecentrum of in een niet-transplantatiecentrum.
 - De initiële screening en besluitvormend onderzoek vindt plaats in een transplantatiecentrum.
 - Fase 2: transplantatiefase donoren; de transplantatiefase vindt plaats in een transplantatiecentrum.
 - Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg donoren.
 7. Een subtraject in een fase wordt op de 120^e dag na opening van het subtraject afgesloten tenzij eerder een andere fase aanbreekt. In dat geval wordt het subtraject gesloten één dag voor de dag van de andere fase.
- c. Hart-, long- en hartlongtransplantatiezorg snijdende specialismen (2.0000.6)
Wanneer een hart-, long- of hartlong hertransplantatie eerder uitgevoerd wordt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt (dus op het in artikel 19 lid 17 genoemde moment).
- d. Begeleiding hart-, long- en hartlongtransplantatiezorg door beschouwende specialismen (2.0000.5)
Voor de begeleiding rond hart-, long- en hartlongtransplantaties 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 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 in artikel 19 lid 17 genoemde moment. Een subtraject in fase 3 wordt op de 120^e dag na opening van het nazorgtraject afgesloten tenzij hertransplantatie (een nieuwe fase 1 en/of fase 2) plaatsvindt. In dat geval wordt het subtraject van fase 3 afgesloten één dag voor de dag dat fase 1 of fase 2 start.
- e. Oogheekunde (2.0301.1)
Bij behandeling met intravitreale injecties (diagnose 503, 609, 652, 655, 657, 659, 704, 705, 707, 709, 754, 755, 757 en 759) wordt per intravitreale injectie een subtraject geopend. Wanneer de behandeling met intravitreale injecties eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende intravitreale injectie plaatsvindt.
- f. Oogheekunde (2.0301.2)
Bij behandeling van (sub)retinale pathologie (diagnose 659 en 704) met fotodynamische therapie wordt per fotodynamische therapie een subtraject geopend. Wanneer de fotodynamische therapie bij (sub)retinale pathologie eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fotodynamische therapie plaatsvindt.
- g. Oogheekunde (2.0301.3)
Wanneer de operatieve tempi behandeling van strabismus (diagnosecodes 204, 205, 209) eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende strabismus operatie plaatsvindt.
- h. Oogheekunde (2.0301.4)
Wanneer de operatieve tempi behandeling van retinadefect/-loslating (diagnosecode 654) eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende operatieve behandeling van het retina defect/retinaloslating plaatsvindt.
- i. Oogheekunde (2.0301.5)
Bij behandeling van een cataract (diagnose 554) wordt per cataractoperatie een subtraject geopend. Wanneer de tweede cataractoperatie eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat deze tweede cataractoperatie plaatsvindt.
- j. Plastische chirurgie (2.0304.1)

- Bij mamma-reconstructie vindt afsluiting van het subtraject na iedere operatieve tempio behandeling plaats op het in lid 17 genoemde moment.
- k. Plastische chirurgie (2.0304.2)
Bij meer transplantatiesessies bij de behandeling van uitgebreide (brand)wonden wordt na iedere transplantatiesessie het subtraject afgesloten op het in lid 17 genoemde moment.
- l. Urologie (2.0306.1)
Bij niet-klinische ESWL-behandeling van urinewegstenen worden subtrajecten in de volgende situaties eerder dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven moment afgesloten:
- Wanneer de niet-klinische ESWL-behandeling binnen hetzelfde subtraject wordt voorafgegaan door een klinische opname of operatie voor urinewegstenen. Het subtraject wordt dan afgesloten op de dag voor de niet-klinische ESWL-behandeling.
 - Wanneer de niet-klinische ESWL-behandeling binnen hetzelfde subtraject wordt gevolgd door een tweede niet-klinische ESWL-behandeling, een klinische opname of operatie voor urinewegstenen. Het subtraject wordt dan afgesloten op de dag voor de tweede niet-klinische ESWL-behandeling, klinische opname of operatie voor urinewegstenen.
- m. 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.
- n. Kindergeneeskunde en kinderneurologie niet-klinische chronische verstrekking geneesmiddel (2.0000.7)
Voor de niet-klinische chronische verstrekking van geneesmiddelen per infuus of per injectie (op niet-oncologische medische indicatie), wordt per drie verstrekkingen een subtraject geopend. Wanneer de vierde verstrekking eerder plaatsvindt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde verstrekking per infuus of injectie plaatsvindt (dus op het in lid 17 genoemde moment).
- o. 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 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in lid 17 genoemde moment).
- p. Kindergeneeskunde en kinderneurologie niet-klinische bloedtransfusies op oncologische indicatie (2.0000.8)
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 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in lid 17 genoemde moment).
- q. Kindergeneeskunde en inwendige geneeskunde (2.0000.9)
Bij behandeling middels plasmafiltratie en LDL aferese wordt per drie behandelingen een subtraject geopend. Wanneer de vierde behandeling eerder plaatsvindt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde behandeling plaatsvindt (dus op het in lid 17 genoemde moment). Zie voor kindergeneeskunde ook de overige uitzonderingen in dit artikellid.

20. Sluiten van een icc-subtraject met ZT13

Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de klinische opname van het bijbehorende zorgtraject wordt beëindigd, of uiterlijk op de 120^e dag.

21. Sluiten van subtraject met ZT41

Een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialisme op verzoek van de eerste lijn of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt) wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.

22. Sluiten van ic-subtraject met ZT51 en ZT52

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.

HOOFDSTUK III ZORGACTIVITEITEN

23. Algemene registratiebepalingen

1. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatievereisten 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.
2. De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde enkelzijdig omschreven zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities zoals omschreven in deze regeling zijn hierbij leidend.
3. Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één zorgactiviteit, wordt deze zorgactiviteit door één betrokken beroepsbeoefenaar gebruikt voor de afleiding van een dbc-zorgproduct.
4. Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
5. Wanneer dubbelzijdige aandoeningen aan beide zijden operatief behandeld worden en hiervoor een parallel zorgtraject wordt geopend, dan worden vanaf het moment dat één van de operatieve subtrajecten is afgesloten alle erop volgende zorgactiviteiten binnen één zorgtraject geregistreerd.
6. Zorgactiviteiten die (binnen) 120 dagen na de ingangsdatum van deze regeling worden beëindigd, mogen enkel geregistreerd worden in overlopende subtrajecten (subtrajecten gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t).
7. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld. Een uitzondering hierop is bij overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar.

24. Zorgactiviteitsomschrijvingen

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

1. *Polikliniekbezoek* (190007, 190008, 190013 en 190060)
Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007 en 190060) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008 en 190013) is sprake van:
 - face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog en;
 - 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).De volgende zorgactiviteiten worden niet aangemerkt als een polikliniekbezoek:
 - medische keuring;
 - intercollegiaal consult;
 - medebehandeling van een klinische patiënt;
 - overname van een klinische patiënt;
 - intake gesprek voor een (klinische) opname;
 - enkel uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;
 - consult of spreekuur met patiënten;
 - diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. Als er meerdere zorgvragen tijdens één polikliniekbezoek worden besproken, wordt slechts één polikliniekbezoek vastgelegd. Een polikliniekbezoek wordt niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd, tenzij sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.
2. *Eerste polikliniekbezoek* (190007 en 190060)
Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog



consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd.

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

3. *Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)*
Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt niet voor de eerste keer een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.
4. *Screen to screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek (190161)*
Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een videoverbinding. Dit consult vervangt een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.
5. *Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)*
Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.
6. *Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163)*
Een consultatie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.
7. *Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)*
Een herhaalconsult waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een poortspecialist consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de poortspecialist het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de poortspecialist de patiënt eerder heeft gezien tijdens een polikliniekbezoek. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) van de patiënt te behandelen. Dit consult vervangt een face-to-face contact met de patiënt. Dit consult kan op afstand plaatsvinden en een regulier herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger vervangen. Bij een consult op afstand wordt zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldaan aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger. Van dit consult vindt inhoudelijk verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.
8. *Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn (190040)*
Dit gezamenlijk consult wordt gehouden in plaats van een regulier consult tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Deze activiteit wordt niet naast een polikliniekbezoek vastgelegd.
9. *Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066)*
Deze zorgactiviteit is bedoeld om 1) aan te geven dat een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt en/of zijn/haar vertegenwoordiger in een gezamenlijk proces beslissingen hebben genomen over gezondheids- en behandeldoelen op basis van een samen beslismodel (zoals het shared decision making model wat Glyn Elwyn et al. in 2012 hebben gepubliceerd), en 2) om aan te geven dat hier substantieel meer tijd aan is besteed dan aan een regulier consult. De zorgactiviteit wordt enkel geregistreerd indien sprake is van een consult dat minimaal



tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling. Deze activiteit wordt naast een herhaalpolibezzoek (190008, 190013, 190065), screen-to-screenconsult (190161), verpleegdag (190200, 190218, 194804) of klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) vastgelegd.

10. *Consultatie van familie, naasten, huisarts of verwijzer van de patiënt t.b.v. consultatieve psychiatrie (190024)*

Consult waarbij naar aanleiding van een verzoek van een ander specialisme familie, naasten, de huisarts of de verwijzer van de patiënt consulteert. Deze consultatie vindt face-to-face, screen-to-screen of door middel van een belverbinding plaats. Bij een consult op afstand (screen-to-screen of door middel van een belverbinding) wordt zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldaan aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere consult.
11. *Hartteambespreking (039679)*

Een bespreking van een patiënt in een instelling met een Wbmv-vergunning voor cardiochirurgie en/of interventiecardiologie, waarbij de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden, met als doel te beoordelen welke patiënt welke ingreep moet ondergaan. Het gaat om een patiënt die niet onder behandeling is bij het specialisme waar de patiënt besproken wordt. Het betreft een multidisciplinair overleg met twee of meer van de volgende specialismen: cardiochirurgie, interventiecardiologie en elektrofysiologie. Per bespreking wordt deze zorgactiviteit eenmaal per specialisme geregistreerd. Bij interne verwijzingen wordt deze zorgactiviteit niet geregistreerd.

Alleen als de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden én de patiënt niet onder behandeling is of komt bij het betreffend(e) poortspecialisme(n) (cardiologie en/of thoraxchirurgie), leidt de zorgactiviteit tot een declarabel dbc-zorgproduct. Als er wel tot behandeling wordt overgegaan wordt de zorgactiviteit geregistreerd in het subtraject voor de interventie.
12. *Longteambespreking (039580)*

Een bespreking van een patiënt in een instelling met een Wbmv-vergunning voor cardiopulmonale chirurgie, waarbij de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden, met als doel te beoordelen welke patiënt welke ingreep moet ondergaan.

Het gaat om een patiënt die niet onder behandeling is bij het specialisme waar de patiënt besproken wordt. Het betreft een multidisciplinair overleg met de volgende specialismen: cardiopulmonale chirurgie en longgeneeskunde. Per bespreking wordt deze zorgactiviteit eenmaal per specialisme geregistreerd. Bij interne verwijzingen wordt deze zorgactiviteit niet geregistreerd. Alleen als de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden én de patiënt niet onder behandeling is of komt bij het poortspecialisme cardiopulmonale chirurgie, leidt de zorgactiviteit tot een declarabel dbc-zorgproduct. Als er wel tot behandeling wordt overgegaan wordt de zorgactiviteit geregistreerd in het subtraject voor de interventie.
13. *Multidisciplinair overleg (190005)*

Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.
14. *Overleg palliatieve zorg (190006)*

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team. Het palliatief team bestaat uit:

 - tenminste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of
 - één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn / palliatieve zorg.
 - in het geval van palliatieve zorg voor kinderen bestaat het team palliatieve zorg tenminste uit één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een coördinerend verpleegkundige.

Deze zorgactiviteit mag door elk teamlid dat bij het overleg betrokken is worden vastgelegd in het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.
15. *Consult door een lid van het team palliatieve zorg (190067)*

Consult tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. De zorgactiviteit is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.
16. *Multidisciplinair consult (190010)*

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar. De hoofdbe-



- handelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen. Per multidisciplinair consult wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.
17. *Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (190015)*
Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.
 18. *Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (190016)*
Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op een andere afdeling dan de spoedeisende hulp. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.
 19. *Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009)*
Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdhandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.
 20. *Medebehandeling (190017)*
Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie of ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per consult in het kader van medebehandeling vastgelegd.
 21. *Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (190022)*
Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist of arts-assistent, in het kader van een beoordeling van een door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert gestelde diagnose/voorgestelde behandeling door een tweede onafhankelijke medisch specialist of arts-assistent die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde beroepsbeoefenaar in een andere instelling of als solist. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.
 22. *Gestructureerd landelijk neonataal follow-up protocol van NICU populatie (190049)*
Een polikliniekbezoek in het kader van protocol neonatologie (langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis. Naast deze activiteit wordt geen polikliniekbezoek geregistreerd.
 23. *Follow-up pediatrie ic (190029)*
Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een patiënt met een PICU voorgeschiedenis. Naast deze activiteit wordt geen polikliniekbezoek geregistreerd.
 24. *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (039577, 039579 en 039581)*
Het Comprehensive Geriatric Assessment omvat diagnostische en therapeutische aspecten conform de richtlijn CGA door de Nederlandse vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). De zorgactiviteiten 039577 en 039581 kunnen naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd. Zorgactiviteit 039579 wordt vastgelegd in het vervolgsuubtraject nadat een CGA in een eerder stadium is uitgevoerd.
 25. *Dagverpleging (190030 en 190090)*
Een aantal uren durende vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling waarbij de verpleging plaatsvindt op een voor dagverpleging ingerichte afdeling. Er wordt maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag vastgelegd. Een dagverpleging wordt niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.
 26. *Langdurige observatie zonder overnachting (190091)*
Een niet geplande vorm van verpleging, met als doel observatie van de patiënt, op een voor verpleging ingerichte afdeling. Elke observatie omvat ten minste een systematische controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Deze controles vinden bij herhaling respectievelijk meerdere keren met tussenpozen plaats. Het doel van de observatie is het bepalen van het verdere medische beleid en is te herleiden uit het medisch dossier. Een langdurige observatie duurt minimaal vier aaneengesloten uren. Een langdurige observatie zonder overnachting wordt niet op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd.
 27. *Intensieve, niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting (190296)*
Intensieve, niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting (190296) wordt vastgelegd onder de volgende voorwaarden:



- Er is sprake van een opname van minimaal 6 uur op een voor verpleging ingerichte afdeling.
 - Er is sprake van continue verpleegkundige zorg.
- Van deze voorwaarden mag worden afgeweken als hierover een contractuele overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

28. *Klinische opname* (190021)

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen of klinische zorgdagen in de thuissituatie worden geregistreerd. Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door (een) afwezigheidsdag(en) of door ontslag en heropname op dezelfde kalenderdag) wordt slechts één 'klinische opname' (190021) geregistreerd. Interne verplaatsingen worden niet als nieuwe opnamen gerekend. Overplaatsing naar een ander ziekenhuis wordt wel als een nieuwe opname voor het opnemende ziekenhuis gerekend.

29. *Verpleegdag* (190200, 190218, 194804 en 231902)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij:

- een definitieve overname door een andere instelling op dag van of de dag na opname;
- overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

Een verpleegdag mag niet geregistreerd worden wanneer een patiënt voor 20:00 uur overgeplaatst wordt naar een klinische setting in de thuissituatie.

30. *Verpleegdag instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij ziekenhuisindicatie* (190089)

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

31. *Afwezigheidsdag* (190034 en 194809)

Indien geen sprake is van definitief ontslag wordt de kalenderdag volgend op de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft aangemerkt als afwezigheidsdag, met uitzondering van klinische overplaatsing naar de thuissituatie. Het betreft een geplande afwezigheid van ten hoogste drie afwezigheidsdagen. Het is niet toegestaan om voor één kalenderdag zowel een afwezigheidsdag als een verpleegdag te registreren.

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

32. *Ambulante behandeldag grz* (194805)

Een controlebezoek of een beperkt aantal uren durende vorm van (groeps-)behandeling in een zorginstelling, waarbij de patiënt geen gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten. De ambulante behandeldag is gepland en noodzakelijk in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde. De behandeling vindt plaats in aansluiting op een intramurale opname of dagbehandeling.

Per dag dat de patiënt ambulant wordt behandeld, wordt één zorgactiviteit ambulante behandeldag grz geregistreerd. Naast de ambulante behandeldag wordt de patiëntgebonden behandeltijd van minimaal twee verschillende behandeldisciplines vastgelegd. Indien op de betreffende dag geen behandeling plaatsvindt door twee of meer verschillende behandeldisciplines wordt de zorgactiviteit niet geregistreerd.

33. *Patiëntgebonden behandeltijd* (190877 t/m 190977 en 194815 t/m 194842)

De directe en indirecte patiëntgebonden behandeltijd voor een (medisch-specialistische of geriatrische) revalidant, in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan voor een revalidant. Onder revalidant kan eveneens worden verstaan een persoon die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld een lid van het patiëntensysteem (partner, familie et cetera). De patiëntgebonden behandeltijd wordt per tijdseenheid van 5 minuten door de behandelaar vastgelegd. De behandeltijd mag naast de zorgactiviteiten die de behandelsetting weergeven worden geregistreerd.

Directe patiëntgebonden behandeltijd betreft patiëntgerichte behandeltijd die voortvloeit uit het behandelplan, waarbij de patiënt aanwezig is. Onder directe behandeltijd vallen de multidisciplinaire patiëntbesprekingen die voor het behandelplan worden uitgevoerd en waarbij de patiënt of het patiëntensysteem aanwezig is én alle overige (planbare) directe behandeltijd. Directe behandeltijd wordt geregistreerd door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en alle peri-/paramedische behandeldisciplines. De klinisch verpleegkundigen registreren alleen directe behandeltijd bij specifieke activiteiten die niet vallen onder het normaal klinisch handelen (190877 t/m 190880 en 194837 t/m 194842). Bij zorg op afstand binnen de (medisch-specialistische of

geriatrische) revalidatiezorg, mag alleen directe behandeltime worden geregistreerd als het behandelen betreft in het kader van een (op te stellen/ uit te voeren) behandelplan. Indirecte patiëntgebonden tijd binnen de medisch-specialistische revalidatiezorg wordt vanaf tien minuten per dag geregistreerd. Beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren registreren in het kader van medisch specialistische revalidatiezorg geen indirecte tijd.

Bij een groepsbehandeling moet de bestede tijd van de behandelaar verdeeld worden over het aantal deelnemers aan de groepsbehandeling. Er kunnen ook meerdere behandelaars betrokken zijn. In dat geval wordt de bestede tijd per soort behandelaar als volgt toegerekend aan de betrokken patiënten: (aantal behandelaars betreffende discipline * duur groepsbehandeling) / aantal deelnemers groepsbehandeling).

34. *Afrondingsregel MSRZ (190877 t/m 190977) en GRZ (194815 t/m 194842)*

Voor deze zorgactiviteiten is de afrondingsregel van toepassing. Per toegestane discipline zijn zorgactiviteiten gedefinieerd op basis van tijdseenheden van vijf minuten. De officiële afrondingsregel bij tijdsregistratie per vijf minuten is:

- minder dan de helft van het verschil tussen twee opeenvolgende stappen: naar beneden afronden;
- gelijk of meer dan de helft: naar boven afronden.

Als sprake is van een tijdsbesteding van minder dan vijf minuten, dan wordt hiervoor geen zorgactiviteit vastgelegd.

35. *Coördinatie bij hart- of longrevalidatie (039898)*

Deze zorgactiviteit betreft een multidisciplinair overleg tussen een cardioloog of longarts en één of meerdere andere zorgaanbieders. Deze zorgactiviteit wordt eenmaal per overleg vastgelegd in het subtraject dat wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een cardioloog of longarts.

36. *Intakecontact (193126)*

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

37. *Informatiemodule (193127)*

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

38. *Behandelmodule FIT met minder dan tien sessies (193128) of (meer dan) tien sessies (193129)*

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

39. *Behandelsessie FIT – in het kader van FIT module hartrevalidatie (193140)*

De behandelsessie FIT van het hartrevalidatieprogramma bestaat uit een groepsessie van minimaal 1 uur, waarbij minimaal één erkend HR fysiotherapeut per vijf patiënten aanwezig is. Bij groepen groter dan vijf patiënten is, naast minimaal één erkend HR fysiotherapeut, per vijf extra patiënten minimaal één erkende zorgprofessional van het multidisciplinaire behandelteam aanwezig.

Een sessie kan ook de vorm hebben van individuele begeleiding (op afstand). In dat geval bestaat de sessie uit individuele instructie en begeleiding van een individuele patiënt m.b.t. een buiten de reguliere hartrevalidatie-setting uitgevoerd deel van het hartrevalidatieprogramma. Een sessie bestaat hierbij uit één of meerdere gesprekken (op afstand) van (opgeteld) minimaal 12 minuten door een erkend HR fysiotherapeut van het behandelteam. Een patiënt is daarnaast minimaal bij de start- en de laatste/eind sessie fysiek/op locatie aanwezig te zijn geweest. De inhoudelijke aspecten, het aantal sessies en overige kwalitatieve en kwantitatieve randvoorwaarden, voldoet aan de betreffende richtlijnen, zoals opgesteld door de wetenschappelijke vereniging.

40. *Behandelsessie PEP – in het kader van PEP module hartrevalidatie (193141)*

De behandelsessie PEP van het hartrevalidatieprogramma bestaat uit een sessie van twee uur in groepsverband en is gericht op gedragsverandering en het verbeteren van emotioneel welbevinden. Indien de sessie gericht is op gedragsverandering voor één van de BRAVO-thema's (Bewegen, Roken, Alcohol & drugs, Voeding, Ontspanning), dan geschiedt begeleiding door een daartoe geschoolde deskundige op het gebied van gedragsverandering en motivationale interviewing en onder supervisie van een BIG-geregistreerd psycholoog. Indien de PEP-sessie zich richt op een angst- en/of depressieve stoornis is een BIG-geregistreerd psycholoog direct betrokken.

Een sessie kan ook de vorm hebben van individuele begeleiding (op afstand). In dat geval bestaat de sessie uit één of meerdere gesprekken (op afstand) met een patiënt van (opgeteld) minimaal 30 minuten door een geschoolde deskundige van het behandelteam en onder supervisie van een BIG-geregistreerd psycholoog. Een patiënt is minimaal bij de startsessie fysiek/op locatie aanwezig geweest. De inhoudelijke aspecten, het aantal sessies en overige kwalitatieve en kwantitatieve randvoorwaarden, voldoet aan de betreffende richtlijnen, zoals opgesteld door de wetenschappelijke vereniging.

41. *Initiële screening voorbereidend onderzoek orgaantransplantatie ontvanger (039180)*

- Deze zorgactiviteit mag door één hoofdbehandelaar binnen één instelling die de voorbereidende onderzoeken uitvoert eenmaal per ontvanger per beoogde wachtlijstplaatsing worden vastgelegd op de dag van het eerste face-to-face contact met de ontvanger in het kader van deze fase.
42. *Initiële screening besluitvormend orgaantransplantatie ontvanger (039181)*
Deze zorgactiviteit mag per ontvanger eenmaal per beoogde wachtlijstplaatsing per transplantatie worden vastgelegd door één hoofdbehandelaar in één transplantatiecentrum die de beoordeling en besluitvorming uitvoert binnen de initiële screening van de ontvanger.
 43. *Screening patiënten wachtlijst orgaantransplantatie ontvanger (039191)*
Deze zorgactiviteit mag per transplantatie eenmaal per 120 dagen dat de ontvanger op de wachtlijst staat worden vastgelegd door één hoofdbehandelaar in één transplantatiecentrum die de periodieke controles uitvoert.
 44. *Operatieve fase orgaantransplantatie ontvanger (039192)*
Deze zorgactiviteit mag per ontvanger eenmaal per transplantatieoperatie worden vastgelegd door één hoofdbehandelaar in één transplantatiecentrum die de transplantatieoperatie uitvoert.
 45. *Nazorg hart- en/of longtransplantatie (039394 t/m 039396)*
Deze zorgactiviteit wordt vastgesteld door één hoofdbehandelaar in een instelling.
 46. *Nazorg met specifieke controles orgaantransplantatie ontvanger exclusief nazorg hart- en/of longtransplantatie ontvanger (039351)*
Deze zorgactiviteit wordt in het eerste jaar van de nazorg na de transplantatie binnen maximaal drie subtrajecten per transplantatie vastgelegd door één hoofdbehandelaar in één transplantatiecentrum.
 47. *Nazorg regulier orgaantransplantatie ontvanger exclusief nazorg hart- en/of longtransplantatie ontvanger (039350)*
Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd door één hoofdbehandelaar binnen één instelling. Deze activiteit wordt niet geregistreerd als er gelijktijdig nazorg wordt geleverd in het transplantatiecentrum (zorgactiviteit 039351).
 48. *Initiële screening voorbereidend onderzoek orgaantransplantatie donor (039182)*
Deze zorgactiviteit wordt per donor per beoogde orgaanuitname door één hoofdbehandelaar in één instelling vastgelegd op de dag van het eerste face-to-face contact in het kader van de orgaantransplantatieprocedure.
 49. *Initiële screening besluitvormend orgaantransplantatie donor (039183)*
Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd per donor per beoogde orgaanuitname door één hoofdbehandelaar in één transplantatiecentrum die de beoordeling en besluitvorming uitvoert voor de initiële screening van de donor in het kader van de orgaantransplantatieprocedure.
 50. *Operatieve fase orgaantransplantatie donor (039193)*
Deze zorgactiviteit wordt per donor eenmaal per orgaanuitname door één hoofdbehandelaar in één instelling die de operatie uitvoert vastgelegd.
 51. *Nazorg regulier orgaantransplantatie donor (039352)*
Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd door één hoofdbehandelaar in één instelling.
 52. *Transplantatieteambespreking (039230)*
Een bespreking van een ontvanger of donor in een instelling met een Wbmv-vergunning voor de transplantatiezorg door het multidisciplinaire transplantatieteam waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één ontvanger of donor wordt besproken en vastgelegd en de besluitvorming ten aanzien van de transplantatiebehandeling plaats vindt. Deze activiteit wordt eenmaal per transplantatieteambespreking vastgelegd.
 53. *Expertise op afstand voor transplantatiezorg bij kinderen (192110)*
Advies van transplantatiecentrum ten behoeve van de eigen patiënt aan niet-transplantatiecentrum gericht op de beoordeling van uitslagen van de uitgevoerde onderzoeken en/of in te zetten behandeling. Dit advies wordt geregistreerd als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - Er is sprake van een eigen patiënt.
 - Er is sprake van een tijdsbesteding van minimaal 30 minuten direct patiëntgebonden tijd.
 - Er is op verifieerbare wijze uit het medisch dossier herleidbaar welke uitslagen zijn beoordeeld en/of welke behandelopties zijn geadviseerd.
 - Het advies is tenminste ook schriftelijk teruggekoppeld aan het niet-transplantatiecentrum.
 54. *Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)*
Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087 en 192098) na stamceltransplantatie wordt uitsluitend door één zorgaanbieder gedurende maximaal drie subtrajecten na een transplantatie geregistreerd tijdens een face-to-face contact in het kader van de nazorg.
 55. *Cochleaire implantaten (pre-)implantatie (031903 en 031905)*
Een zorgactiviteit 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij volwassenen' (031903) en 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij kinderen' (031905) wordt uitsluitend door één zorgaanbieder geregistreerd op de dag van implantatie.
 56. *Nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)*
Een zorgactiviteit 'cochleaire implantaten nazorg volwassenen' (031904) en 'cochleaire implantaten nazorg kinderen' (031906) wordt uitsluitend door één zorgaanbieder binnen een cochleair implantatie (CI) team geregistreerd.

57. *Modulen complex chronisch longfalen* (193200 t/m 193294)
De dbc-zorgproducten voor de long/astmacentra kenmerken zich door de modulaire systematiek, welke een separaat ontwikkeltraject hebben doorlopen. De modules (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De keuzes in de behandeling worden zichtbaar in de registratie van de modules, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodules (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modules (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria).
Een module mag alleen worden ingezet indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria die voor de module gelden. De beslissing om een module in te zetten wordt genomen door de verantwoordelijke specialist en wordt expliciet vastgelegd. Ook wanneer gekozen wordt voor een klinische behandeling of het programma wordt vervolgd in dagbehandeling of poliklinische setting, dan wordt deze beslissing en overweging daarbij expliciet vastgelegd.
58. *Preassessment* (039696)
Een preoperatief onderzoek, uitgevoerd door een anesthesist, met als doel voorafgaand aan een ingreep een risico inventarisatie van de patiënt uit te voeren en daarmee risicoreductie te bewerkstelligen bij patiënten die in dagverpleging of in klinisch setting worden geopereerd. Deze activiteit maakt onderdeel uit van het zorgprofiel van de operateur. Deze activiteit wordt niet naast een polikliniekbezoek vastgelegd.
59. *Klinisch peri-operatieve zorg* (039693)
Preoperatief onderzoek, peri-operatieve begeleiding en postoperatieve zorg door een cardioloog. Deze zorgactiviteit wordt door een cardioloog geregistreerd tijdens de opname van een cardiochirurgische patiënt in een instelling met een Wbmv-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie. Deze zorgactiviteit wordt alleen in combinatie met een hartoperatie geregistreerd. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de thoraxchirurg.
60. *Algehele anesthesie bij specialistisch onderzoek en bij verrichtingen, waarvoor geen anesthesie staat vermeld* (039090)
Als deze zorgactiviteit wordt uitgevoerd binnen zorgtrajecten voor kindergeneeskunde longgeneeskunde (dbc-zorgproductgroep 990616) geldt dat deze zorgactiviteit alleen wordt vastgelegd als er een CT-scan, MRI-scan of een PET-scan van de thorax of luchtwegen onder totale narcose wordt uitgevoerd.
61. *Telemonitoring* (039133, 032716)
Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt over een langere periode in het kader van een uit te voeren behandelplan. De monitoring vindt plaats door het verzamelen en interpreteren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstrekt aan de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal een keer per subtraject geregistreerd.
62. *Echografie hart door kindercardioloog of cardex* (039472)
De zorgactiviteit wordt geregistreerd bij verdenking op een kindercardiologische aandoening of bij een niet complexe, niet topeferente kindercardiologische aandoening. Hierbij wordt echografische beeldvorming uitgevoerd, geïnterpreteerd en beoordeeld. De zorgactiviteit wordt alleen uitgevoerd door een kindercardioloog of door een kinderarts die is opgeleid in de non-invasieve kindercardiologische diagnostiek en echocardiografie en is geregistreerd bij de sectie kindercardiologie (Cardio-expert).
63. *Echografie hart complex door kindercardioloog* (039473)
Uitgebreide echocardiografie bij een kind met een reeds geconstateerde topeferente kindercardiologische aandoening, uitgevoerd en beoordeeld door een kindercardioloog. Er vindt gedetailleerde beeldvorming, interpretatie en verslaglegging van de cardiale anatomie en functie plaats. De duur van het echo-onderzoek is minimaal 30 minuten, waarbij gebruik gemaakt wordt van technologisch geavanceerde echocardiografieapparatuur.
Onder de zorgactiviteit omschrijving 'echografie hart complex door kindercardioloog' vallen ook echo-onderzoeken met analyse en beoordeling van TDI, strain, en strain rate imaging, 4D-echocardiografie, contrast echocardiografie, dobutamine stress echocardiografie en echocardiografie onder sedatie bij kinderen.
64. *Opvang van het kind door kinderarts bij sectio caesarea* (039508)
De opvang van het kind door de kinderarts in het kader van een klinische opname voor niet-complexe zorg neonatologie.
65. *Begeleiding bij chronische totale parenterale voeding (TPV)* (039578)
Controle van patiënt onder 18 jaar op thuis TPV, inclusief reguliere laboratoriumcontroles door mdl-kinderarts.
66. *Uitvoeren handelingsprotocol postmortaal wiegendood* (039619)
De procedure volgens het handelingsprotocol na wiegendood van de landelijke werkgroep wiegendood.
67. *Uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door kinderarts subspecialist van diagnostische tests* (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624 en 039630)
Deze zorgactiviteiten worden door de genoemde kinderarts-subspecialist geregistreerd bij een

topreferente casus van een subspecialistische aandoening bij kinderen. Hierbij wordt ingewikkelde diagnostiek uitgevoerd, geïnterpreteerd, beoordeeld, begeleid en/of bewaakt wat niet door een algemeen kinderarts kan worden gedaan.

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

68. *Begeleiding van kinderen bij de toediening van bloedtransfusies (039626)*
Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij begeleiding van kinderen bij toediening van bloedtransfusies door een kinderarts in samenwerking met een tertiair centrum kinderhematologie of kinderoncologie.
69. *Begeleiding van patiënten met sensor (RT-CGM) ten behoeve van glucosemeting (039583)*
Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd als aan de randvoorwaarden is voldaan zoals omschreven in het rapport 'Continue glucose monitoring' van het Zorginstituut.
70. *Instellen of reguleren stollingsfactoren bij kinderen met ernstige stollingsstoornissen (039631)*
Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij patiënten met een factor VIII of IX (<5%) of bij patiënten met een van Willebrand factor (<35%).
71. *Instellen metabool dieet (039637)*
De zorgactiviteit wordt eenmalig geregistreerd wanneer op een metabool dieet wordt overgegaan.
72. *Klinisch peri-operatieve zorg longchirurgie bij kinderen in verband met congenitale longproblematiek (039695)*
De zorgactiviteit wordt eenmalig per operatie geregistreerd.
73. *Aansturen door kinderarts van multidisciplinair team met medisch specialisten van 3 verschillende AGB-specialismen (190003)*
Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij het aansturen door de kinderarts van een multidisciplinair team met medisch specialisten van drie verschillende AGB-specialismen. De patiënt is door alle drie de AGB-specialismen afzonderlijk gezien en hiervan is verslag gedaan. Integratie cq. beleid op basis van de bevindingen en verslag hiervan wordt gedaan door de kinderarts. Deze zorgactiviteit wordt door de aansturende kinderarts eenmalig per subtraject en niet naast de zorgactiviteit Multidisciplinair overleg (190005) geregistreerd voor dezelfde zorgvraag.
74. *SKION stratificatie (193900 t/m 193907)*
Een zorgactiviteit voor een door SKION afgegeven stratificatie licht, middel of zwaar (193900 t/m 193902) of follow up (193903) wordt eenmaal per 120 dagen geregistreerd tijdens een face-to-face contact. Zorgactiviteit 193904 wordt geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact binnen het eerste subtraject. Indien sprake is van een recidief mag, in afwijking van het bovenstaande, binnen 120 dagen aanvullend een door SKION afgegeven stratificatie zwaar worden geregistreerd. Deze zorgactiviteit (193902) wordt samen met zorgactiviteit 193907 geregistreerd in het subtraject dat op dat moment openstaat.
75. *Behandeling van ernstige, uitgebreide huidaandoening met zalf (bijv. ditranol, teerzalf of wet wrap), incl. eventueel inpakken/inzwachtelen, verwijderen en reinigen van de huid (039993)*
De behandeling van ernstige inflammatoire dermatosen (psoriasis en/of constitutioneel eczeem) waarbij grote delen van het lichaam zijn aangedaan. Deze zorgactiviteit is van toepassing op zalven voor lokale therapie die vermeld zijn in de richtlijnen 'Psoriasis' en 'Constitutioneel eczeem' van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Deze zorgactiviteit wordt per kalenderdag geregistreerd en wordt niet geregistreerd voor behandeling in de thuissituatie.
76. *Erfelijkheidsonderzoek (191111, 191135 t/m 191138)*
De zorgactiviteitcodes 191111, 191136 t/m 191138 worden geregistreerd op het moment dat het erfelijkheidsadvies is afgerond. Het enkelvoudig erfelijkheidsadvies (191111) bevat de voorbereiding, het gesprek zelf inclusief het opmaken van een stamboom, counseling en daarna afronding met een brief aan adviesvragers en aan verwijzers. Er is bij dit erfelijkheidsonderzoek geen vervolgonderzoek nodig.
Zorgactiviteitcode 191135 wordt geregistreerd bij het eerste erfelijkheidsadviesgesprek voor het meest complexe erfelijkheidsonderzoek (bij onbekende gendefect(en)).
Zorgactiviteitcode 191136 wordt geregistreerd bij een adviesaanvraag in verband met een kindervens in geval van een autosomaal recessieve of x-linked aandoening, waarbij sprake is van heterozygoot dragerschap en waar het/de gendefect(en) bekend is/zijn.
Zorgactiviteitcode 191137 wordt geregistreerd wanneer bij een familielid van de adviesvrager eerder een erfelijke aandoening is aangetoond, de zogenaamde cascadescreening. Het gaat om een middelmatig complex erfelijkheidsonderzoek in geval van een autosomaal dominante aandoening waarbij het/de gendefect(en) bekend is/zijn.
Zorgactiviteitcode 191138 wordt geregistreerd wanneer er een onderzoek wordt gedaan in het geval de/het gendefect(en) nog onbekend of nog niet nader geduid is/zijn.
Gedurende het erfelijkheidsonderzoek worden de contactmomenten vastgelegd door middel van de reguliere zorgactiviteiten, zoals een polikliniekbezoek of telefonisch consult.
77. *Lichttherapie-apparaat voor UVB-thuisbelichting (190347)*
Deze zorgactiviteit wordt bij reguliere lichttherapie (die in kuren wordt gegeven en een reguliere dosis UV-licht afgeeft) eenmalig geregistreerd bij uitgifte van het apparaat. Indien gebruik wordt



gemaakt van een apparaat dat een ultralage dosis UV-licht afgeeft en daardoor meerdere jaren aaneensluitend wordt gebruikt, wordt deze zorgactiviteit één keer per jaar dat het apparaat wordt gebruikt, geregistreerd.

78. *Moleculaire diagnostiek (050540 t/m 050545)*

Per inzending wordt één zorgactiviteitcode voor moleculaire diagnostiek geregistreerd. Afhankelijk van de toegepaste techniek en het aantal genen dat wordt onderzocht, leidt dit tot één specifieke zorgactiviteitcode. De zorgactiviteitcodes beschrijven verzekerde zorg. Onverzekerde zorg kan niet via deze zorgactiviteiten worden geregistreerd

79. *Zorgactiviteiten medische psychologie (194155 t/m 194166, 194171, 194172)*

De zorgactiviteiten van de medische psychologie worden uitgevoerd en geregistreerd door, of onder verantwoordelijkheid van een in het ziekenhuis werkzame BIG-geregistreerde psycholoog.

HOOFDSTUK IV OVERIGE ZORGPRODUCTEN

25. Algemene registratiebepalingen

Overige zorgproducten worden vastgelegd in zorgactiviteiten. De omschrijving van een zorgactiviteit is eveneens van toepassing op een overig zorgproduct. Ook is de omschrijving van een overig zorgproduct eveneens van toepassing op een zorgactiviteit. Voor de registratie en declaratie van overige zorgproducten kunnen wel aanvullende voorwaarden gelden, welke in de navolgende artikelen zijn uitgewerkt.

26. Overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten

1. De categorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een dbc-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden.
2. Add-ons intensive care (ic)
 - a. Add-ons ic worden geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.
 - b. Welke ic-dag (type 1 of type 2) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen ic-dag type 1 in rekening worden gebracht.
 - c. Voor de add-ons ic gelden specifieke omschrijvingen en/of registratievoorwaarden:
 - *ic-dag type 1 of 2 (190157 en 190158)*
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een ic-patiënt, ingedeeld in ic-dag type 1 of 2.
Niet als ic-dag wordt geteld het post-operatief onderbrengen van een patiënt zonder ic-indicatie op de ic of op de Post Anesthesia Care Unit (PACU), in plaats van op de verkoeverafdeling, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen ic-dag.
 - *Dialysetoeslag (190156)*
Deze toeslag geldt per dialyседag. Een dialyседag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt onder eindverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De dialysetoeslag mag alleen naast de ic behandel dag (190157 en 190158) worden gedeclareerd. De dialysetoeslag mag niet gedeclareerd worden als de uitvoering plaatsvindt vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse dbc-zorgproduct.
 - *ic-consult (190129)*
Een intercollegiaal consult, uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de ic-afdeling (spoed en niet-spoed). Het consult is aangevraagd door een specialist (of andere beroepsbeoefenaar die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling spoedeisende hulp). In geval van acute dreigende medische calamiteit mag dit consult ook ongevraagd plaatsvinden. Indien een ic-consult leidt tot een ic-dag (op dezelfde kalenderdag) wordt er geen ic-consult geregistreerd.
 - *Begeleiding interklinisch transport < 2 uur of ≥ 2 uur (190130 en 190131)*
De begeleiding door een ic-arts of medisch specialist van een patiënt met een ic-indicatie die vervoerd wordt van de ene instelling naar de ic van een andere instelling, waarbij het vervoer, inclusief de wachttijd op de ambulance, de overdracht in het ontvangende ziekenhuis en de terugreis korter duurt dan twee uur respectievelijk gelijk is aan of langer duurt dan twee uur. De geldende prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen voor interklinisch transport staan in de beleidsregel 'Regionale ambulancevoorziening'.
 - *Begeleiding MICU transport < 2 uur of ≥ 2 uur (190132 en 190133)*
Begeleiding van het transport van een patiënt met ic-indicatie van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis door een Mobile Intensive care Unit (MICU)-team, bestaande uit een ic-arts of intensivist en een MICU/verpleegkundige, waarbij het vervoer wordt uitgevoerd

- met behulp van een MICU, bestaande uit een MICU/trolley en een ic-ambulance en waarbij de wachttijd, de overdracht en de terugreis korter duren dan twee uur respectievelijk gelijk zijn aan of langer duren dan twee uur.
- *Neonatale intensive care (190150)*
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt met een ic-indicatie op de neonatale ic van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling neonatologie.
 - *Pediatische intensive care (190151)*
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt met een ic-indicatie op de pediatische ic.
 - *ECMO-toeslag (039611)*
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membran Oxygenatie therapie bij een patiënt op de neonatale ic of pediatische ic. De therapie wordt uitgevoerd in aansluiting op een cardiale chirurgische of bij pulmonale of niet-operatieve cardiale problematiek waarbij de kwaliteitsindicator voorschrijft dat er minimaal eenmaal per maand een ECMO therapie op neonatale ic of pediatische ic wordt uitgevoerd. De therapie start bij de voorbereiding van de canulatie (12 uur voorafgaand aan ECMO) en eindigt 24 uur na decanulatie.
3. Add-ongeneesmiddelen
Een add-ongeneesmiddel wordt uitsluitend geregistreerd in combinatie met een zorgtraject, tenzij een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijbehorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.
4. Overige trajecten
- a. Een overig traject mag in plaats van een reguliere verpleegdag en naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd worden onder dezelfde voorwaarden als een reguliere verpleegdag zoals omschreven in artikel 24 lid 29. Deze overige trajecten mogen naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd worden.
 - b. Voor een aantal overige trajecten gelden er specifieke prestatiebeschrijvingen of zijn de hierna vermelde aanvullende voorwaarden van toepassing:
 - *Verkeerde bed (190031)*
Een 'Verkeerde bed' dag is een te registreren kalenderdag, welke minimaal één overnachting omvat. Het betreft een vergoeding die in rekening mag worden gebracht vanaf de dag nadat de indicatie voor medisch-specialistische zorg is beëindigd, een indicatie voor Wlz zorg met verblijf is aangevangen en de patiënt noodgedwongen in een instelling voor medisch-specialistische zorg moet blijven tot er plaats is in een instelling die Wlz-zorg met verblijf biedt. Deze prestatie omvat ook genees-, verband- en narcosemiddelen en klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken. De vergoeding voor het Verkeerde bed is niet van toepassing op cliënten die vóór de opname in de instelling voor medisch-specialistische zorg, zorg met verblijf ontvingen op grond van de Wlz.
 - *Verblijf gezonde moeder (190032)*
Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan en daarvoor klinisch is opgenomen. Deze zorgactiviteit wordt tot maximaal 28 dagen na de bevalling geregistreerd. Een kind wordt tot 28 dagen na de geboorte als 'pasgeborene' beschouwd.
 - *Verblijf gezonde zuigeling (190033)*
Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling, omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Deze zorgactiviteit wordt alleen tijdens het klinische traject van de moeder, tot maximaal 28 dagen na de geboorte, geregistreerd.
 - *Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038)*
Vergoeding die in rekening mag worden gebracht vanaf de dag nadat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie (niet zijnde indicatie voor Wlz-zorg met verblijf) is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis verblijft tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.
 - *Zotelovernachting (190208)*
Overnachting in een zorghotel, in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg, welke gekoppeld is aan een instelling voor medisch-specialistische zorg.
5. Add-on overig
Voor een aantal add-ons overig gelden specifieke prestatiebeschrijvingen of zijn de hierna vermelde aanvullende voorwaarden van toepassing:
- *Extracorporele immunoabsorptiebehandeling (039967 en 039968)*
De ABOi (039967) en HLAi (039968) mogen alleen gedeclareerd worden bij een dbc-zorgproduct in het kader van een nier-, lever-, darm-, eilandjes- of pancreastransplantatie (dbc-zorgproductgroep 979002).
 - *Toeslag obstetrische high care (190219)*
Deze toeslag mag enkel worden vastgelegd door instellingen die vanuit het planningsbesluit van de minister toestemming hebben gekregen om een OHC-unit inclusief NICU te exploiteren.

- De zorgactiviteit mag naast een reguliere verpleegdag worden vastgelegd voor iedere dag dat de patiënt is opgenomen op de OHC-unit.
- *Toeslag post-ic high care (190152)*
Er is sprake van post-ic high care als aansluitend aan een opname op de neonatale intensive care (NICU) noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking.
De post-ic high care bedden mogen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.
 - *Beoordeling door landelijk erkend expertisecentrum van aanvraag start/continuering groeihormoonbehandeling (190298)*
Het beoordelen van een aanvraag voor het starten of continueren van een groeihormoonbehandeling bij kinderen. De beoordeling vindt plaats door een landelijk erkend (d.w.z. erkend door de minister van VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars), onafhankelijk expertisecentrum. Ten behoeve van deze beoordeling levert de instelling de benodigde informatie aan het expertisecentrum aan.
 - *Klinische zorgdag in de thuissituatie (190228)*
Een klinische zorgdag in de thuissituatie is een te registreren kalenderdag, met alle door het ziekenhuis geleverde zorg, die niet in andere zorgactiviteiten is beschreven. Deze kalenderdag is te beschouwen als een klinische opname in de thuissituatie.
De klinische opname in de thuissituatie bestaat uit een episode van klinische zorg in de thuissituatie met minimaal één overnachting. De te registreren periode loopt vanaf de opname in de thuissituatie tot en met de dag van ontslag of dag voor overplaatsing naar een klinische setting in een instelling. De dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag worden beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Bij overplaatsing naar een klinische setting in een instelling wordt op de dag van overplaatsing geen klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

27. Overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek

1. Voor een aantal eerstelijnsdiagnostiek producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.
 - a. *Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)*
Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek wordt verstaan alle handelingen (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.
 - *Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen (080002)*
Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van röntgen onderzoek op verzoek van de eerste lijn.
 - *Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI (080003)*
Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van een MRI-onderzoek op verzoek van de eerste lijn.
 - b. *Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079995)*
 - *Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)*
Tarief ter dekking van afname-, registratie- en declaratiekosten van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aannames (urine, feces, et cetera met uitzondering van bloed) verstaan.
 - *Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname (079989)*
Tarief ter dekking van registratie- en declaratiekosten bij bloedonderzoek.
 - *Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990)*
Toeslag op het ordertarief (079991) wanneer de afname ten behoeve van de eerstelijnspatiënten niet op de hoofdlocatie respectievelijk het laboratorium plaatsvindt. Onder afname wordt ook steeds aannames (urine, feces, et cetera, met uitzondering van bloed) verstaan. Huisbezoeken vallen niet onder de decentrale afnames.
 - *Huisbezoek (079986 en 079987)*
Huisbezoek bij de patiënt voor afname van patiëntmateriaal. Deze prestaties mogen naast de prestatie 'ordertarief per afname' (079991) gedeclareerd worden.
 - *CLB-referentietarief (079993)*
Uitbesteding van de afname van patiëntmateriaal aan Sanquin. Deze prestatie wordt in rekening gebracht indien het zogenoemde referentietarief in rekening is gebracht.
 - *Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (079988)*
De uitvoering van programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van multidisciplinaire zorgverlening van patiënten met chronische aandoeningen onder behandeling van de huisarts door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium. Het tarief dient ter dekking van de kosten van de oproep, registratie van de diagnostiek volgens NHG-standaard en rapportage (waaronder feedback en benchmarking) naar de huisarts en mag alleen op basis

- van lokale overeenstemming in rekening worden gebracht.
- *Sperma onderzoek (070801, 078013 en 078110)*
Voor de overige zorgproducten sperma onderzoek geldt dat als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog naar aanleiding van een consult op het fertiliteitspreekuur van de vrouw, verwijzing van de eerste lijn niet noodzakelijk is.
- c. *Pathologie (050516 t/m 050523 en 050540)*
Onder een pathologie onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels (histologie) of celmateriaal en vochten (cytologie) die binnen één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan, geldt één specifieke declaratiecode. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen aanvragers uit de eerste en tweede lijn. In afwijking tot bovenstaande geldt voor huidpreparaten één code per inzending, met uitzondering van MOH's en neoplasie met schildwachtklier (waarvoor de algemene regel van één declaratiecode per onderzoek geldt).
De declaratiecode wordt bepaald door de combinatie aard materiaal en ingreep. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën. Hierbij geldt:
- Declaratiecode 050516 = zwaarteklasse 1
 - Declaratiecode 050517 = zwaarteklasse 2
 - Declaratiecode 050518 = zwaarteklasse 3
 - Declaratiecode 050519 = zwaarteklasse 4
 - Declaratiecode 050520 = zwaarteklasse 5
 - Declaratiecode 050521 = zwaarteklasse 6
- Bij een inzending met een vriescoupe wordt, naast de basisdeclaratiecode voor de zwaartecategorie, een extra aparte code voor vriescoupe geregistreerd.
Voor moleculaire diagnostiek op verzoek van de eerste lijn of een niet dbc-registrerend specialisme geldt de declaratiecode 'Pathologisch onderzoek – moleculaire diagnostiek op weefsels en/of cellen op genen en/of micro-organismen op verzoek van eerste lijn of niet dbc-registrerend specialisme (exclusief 50513 – bepalingen op de aanwezigheid van HPV) (050540).

28. Overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek

1. Voor de overige zorgproducten ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek, orthoptie en oefentherapie is vanwege directe toegang verwijzing vanuit de eerste lijn niet noodzakelijk.
2. Voor een aantal producten in de categorie paramedische behandeling en onderzoek zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.
 - a. *Diëtetiek (192840, 192841, 192844 t/m 192846, 192987 t/m 192998)*
Nadere toelichtingen op de prestaties en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen diëtetiek zijn te vinden in de Beleidsregel extramurale diëtetiek.
 - b. *Voedingsvoorlichting (290162)*
Per zorgverlener is het lokaal overeengekomen tarief voor voedingsvoorlichting van toepassing. Dit tarief mag per medewerker per uur voor voedingsvoorlichting in rekening worden gebracht.
 - c. *Ergotherapie (190941, 190962, 192934 t/m 192938, 192940 t/m 192950, 193012, 193013 en 193084)*
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen voor ergotherapie zijn te vinden in de Beleidsregel ergotherapie.
 - d. *Fysiotherapie (192933, 192984, 192985, 192999, 193000 t/m 193030, 193081 en 193087, 193088)*
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen fysiotherapie zijn te vinden in de Beleidsregel fysiotherapie.
 - e. *Logopedie (192932, 192970 t/m 192983, 192986, 193021 t/m 193024, 193085 t/m 193086, 193090 t/m 193094)*
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen logopedie zijn te vinden in de Beleidsregel logopedie'.
 - f. *Oefentherapie (192931, 192951 t/m 192967, 193033 t/m 193037)*
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen oefentherapie zijn te vinden in de Beleidsregel oefentherapie.
 - g. *Optometrie (192848 en 192849)*
 - *Eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848)*
Een zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste diagnostisch consult door de optometrist bij een nieuwe zorgvraag.
 - *Voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849)*
Een zorgactiviteit voor het registreren van (diagnostische) herhaalconsulten door de optometrist bij een bestaande zorgvraag.
 - De tarieven voor eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848), voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849) en preventieve optometrische

screening (192854) mogen alleen als overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet plaatsvinden in het kader van een zorgvraag waarvoor al een dbc-zorgtraject is geopend. Het onderzoek of de behandeling wordt uitgevoerd door een optometrist die de patiënten ziet op een optometrisch spreekuur.

- h. *Orthoptie* (039813, 039814, 192855 en 192856)
- De tarieven voor screening (intake) orthoptie (192855), eerste orthoptisch onderzoek (039813), standaard vervolg orthoptisch onderzoek (039814) en uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek (192856) mogen alleen als overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet plaatsvinden in het kader van een zorgvraag waarvoor al een dbc-zorgproduct is geopend. De screening, het onderzoek of de behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist die de patiënten ziet op een orthoptisch spreekuur.
 - *Screening (intake) orthoptie* (192855)
Screening (intake) is een eerste consult van een orthoptist met een patiënt die zonder verwijzing van een arts naar de zorgaanbieder gaat. Gedurende de intake inventariseert de zorgaanbieder de zorgvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder orthoptisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert of adviseert de patiënt.
 - *Eerste orthoptisch onderzoek (binoculaire)* (039813)
Tijdens het eerste orthoptische onderzoek vindt een nadere anamnese plaats, wordt de diagnose gesteld, het behandelplan opgesteld en besproken met de patiënt. Verder vindt er verslaggeving plaats richting de verwijzer (indien deze aanwezig is).
 - *Voortgezette orthoptische behandeling per bezoek (binoculaire)* (039814)
Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is).
 - *Uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek* (192856)
Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is). Van een uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek is sprake wanneer bij patiënten aantoonbaar uitgebreid orthoptisch onderzoek plaatsvindt op het gebied van motiliteit, sensoriek of objectieve refractie bepaling (skiascopie).
- i. *Poliklinische bevalling* (190043 t/m 190048)
- Een overig zorgproduct poliklinische bevalling is een bevalling die niet door een gynaecoloog wordt begeleid. Er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat.
 - Het tarief van deze overige zorgproducten is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. De tarieven van de overige zorgproducten 190043, 190045, 190047 zijn inclusief de kosten van partusassistentie.
 - Aanvullend hierop geldt:
 - *Poliklinische bevalling zonder medische indicatie* (190043 en 190044)
Een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.
 - *Poliklinische bevalling op medische indicatie* (190045 en 190046)
Een bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.
 - *Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie* (190047 en 190048)
Een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding, waarbij thuisbevalling niet mogelijk is:
 - als gevolg van een capaciteitstekort in kraamzorg/ verloskunde; en/of
 - vanwege geografische criteria, woon- en bijzondere omstandigheden; en/of
 - vanwege psychosociale criteria.

29. Overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen

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

1. *Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg* (199871 t/m 199874, 199881 t/m 199886, 199891 t/m 199897, 199903 t/m 199907)
Deze overige verrichtingen mogen enkel gedeclareerd worden indien er onverzekerde zorg in combinatie met verzekerde zorg wordt geleverd tijdens de looptijd van een dbc-zorgproduct. Indien binnen de looptijd van een dbc-zorgproduct uitsluitend onverzekerde of verzekerde zorg wordt geleverd, dan wordt gebruik gemaakt van reguliere zorgactiviteiten die binnen het dbc-zorgproduct worden vastgelegd.
2. *Verrichtingen bijzondere tandheelkunde* (199800 t/m 199802)
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen voor mondzorg (waaronder ook de zorg zoals geleverd door centra bijzonder tandheelkunde) zijn te vinden in de Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen.
3. *Kaakchirurgische verrichtingen* (230000 t/m 239962)

- a. In de verrichtingen zoals vermeld in productgroep 3 t/m 8 zijn begrepen de controlebezoeken, voor zover deze binnen 30 dagen na de ingreep plaatsvinden.
- b. Als algemene regel geldt dat het maximumtarief de volledige behandeling van die aandoening omvat, dat wil zeggen:
- de voorbehandeling;
 - de verrichting, ongeacht of die in één of meer zittingen plaatsvindt;
 - de nabehandeling totdat de patiënt voor de desbetreffende aandoening, waarvoor de prestatie gedeclareerd wordt, genezen is verklaard, danwel uit de behandeling ontslagen is.
- c. *Consult (234003)*
Een face-to-face consult met de kaakchirurg (of arts-assistent of klinisch technoloog), inclusief een uitgebreid onderzoek.
Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. In die situatie wordt geen consult vastgelegd.
- d. *Preventieve parodontale behandeling (verrichting 234027 en 234028)*
Het gaat hierbij uitsluitend om gehospitaliseerde patiënten bij wie deze behandeling geïndiceerd is en die verwezen zijn door de behandelende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Ook patiënten bij wie preventieve parodontale behandeling noodzakelijk en urgent is en die redelijkerwijs niet verwezen kunnen worden naar de eerste lijn vallen hieronder.
Hierbij valt te denken aan:
- patiënten die chemotherapie en/of radiotherapie (moeten) ondergaan;
 - patiënten in afwachting van open hart chirurgie;
 - patiënten met HIV/aids;
 - patiënten in afwachting van nierdialyse;
 - patiënten bij wie een transplantatie moet geschieden.
- e. *Kleine verrichtingen (234084)*
In het maximumtarief van kleine verrichtingen (234084) zijn begrepen onderstaande verrichtingen en onderzoeken:
- behandeling van kleine verwondingen zonder excisie en hechten;
 - operatief wondtoilet (niet als nabehandeling van eigen ingreep);
 - uitgebreide profexcisie en biopsieën, voor zover niet afzonderlijk in de vastgestelde tarieven vermeld;
 - intraveneuze injecties, gewrichtspuncties en gewrichtsinjecties (géén contrastvloeistof);
 - oprekken of manipuleren van het kaakgewricht;
 - het verwijderen van briden;
 - behandeling van nabloedingen;
 - abcesbehandeling;
 - gingiva-excisies;
 - verwijdering van kleine fibromen en epuliden;
 - opheffen van kleine occlusie- en articulatiestoornissen;
 - verwijdering van een solitaire exostose;
 - gingivitis- en stomatitisbehandeling (acute ontstekingsfase);
 - onderzoek op focale infectie, vitaliteits- en sensibiliteitstest;
 - fistulografie;
 - neurolyse door middel van injecties.
- f. *Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044)*
De fractuurbehandeling door middel van fixation external wordt gelijkgesteld aan een operatieve fractuurbehandeling.
Indien de fractuurbehandeling niet tot consolidatie leidt en klinische, röntgenologische en/of andere onderzoeken de diagnose pseudo-arthrose doen stellen, dan wordt de eerdere behandeling als afgesloten beschouwd (in de betekenis van volledige behandeling).
- g. *Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)*
Onder een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) wordt verstaan: Een apparaat waarmee de onderkaak gedwongen van positie verandert met als doel de bovenste luchtwegen te verruimen en/of snurken te beperken.
In de prestatie MRA en het bijbehorende tarief is inbegrepen:
- het maken van afdrukken;
 - de registratie (ongeacht de methode);
 - het plaatsen van het apparaat, inclusief het aanbrengen van kleine correcties en het geven van bijbehorende instructies omtrent het gebruik;
 - nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van het MRA.
- h. *Vacatiegelden, per uur (230001)*
Voor consulten buiten de werkgemeente geldt voor vacatiegeld een bedrag per uur, inclusief reis- en verblijfkosten, maar exclusief het tarief voor consult of verrichting(en).
- i. *Schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts (239022)*

Deze prestatie mag in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts of verzekeringsarts binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving. Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie mag niet iets aanvullends in rekening worden gebracht.

j. *Rapporten (239023, 239024)*

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

k. *Dagverpleging kaakchirurgie (231901)*

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

l. *Verpleegdag kaakchirurgie (231902)*

Voor de definitie van verpleegdag zie artikel 24 lid 13.

m. *Techniekkosten*

Onder techniekkosten wordt verstaan: de kosten voor de werkstukken vervaardigd door een tandtechnicus of in een tandtechnisch laboratorium (TTL) en de kosten voor werkstukken gevormd op basis van digitale technieken, zoals 3D-beeldvorming middels CAD-CAM-technieken.

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

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

4. *Keuringen, rapporten en informatieverstrekkings (119027 t/m 119053)*

a. *Rijbewijskeuringen (119027 t/m 119030)*

De standaardprestaties rijbewijskeuring (119027 of 119028) beschrijven de tijd die een rijbewijskeuring minimaal duurt. In beide prestaties wordt uitgegaan van twee tijdscomponenten, te weten directe tijd en indirecte tijd. Directe tijd is de tijd die de keuringsarts met de te keuren persoon doorbrengt in het kader van het onderzoek. Indirecte tijd is de tijd die de keuringsarts nodig heeft voor het inlezen in het dossier alsmede het opstellen van zijn rapportage. Onder indirecte tijd worden uitdrukkelijk niet verstaan werkzaamheden van financiële, administratieve of secretariële aard. De standaardprestaties rijbewijskeuring (119027 of 119028) zijn opgebouwd uit 15 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd.

In het geval een keuring langer duurt dan de standaard, wordt dit door de zorgverlener op voorhand aan gegeven aan de te keuren persoon. Een uitzondering hierop is de vorderingsprocedure, omdat de te keuren persoon niet de opdrachtgever is. Het is in dat geval niet noodzakelijk dat de zorgverlener voor elke procedure het CBR op de hoogte brengt van de verwachte tijdbesteding. Bij langere keuringen dan de standaard mag er nog een prestatie in rekening worden gebracht bij wijze van toeslag. Deze toeslag is gebaseerd op 15 minuten directe tijd (119029 en 119030). Alleen daadwerkelijk gerealiseerde tijdbesteding mag als toeslag in rekening gebracht worden.

Bij de rijbewijskeuring in geval van een vorderingsprocedure (119028) mag de toeslag (119030) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal vier keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een uur extra indirecte tijd. Bij de rijbewijskeuring in geval van een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mag de toeslag (119029) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Deze toeslag voor indirecte tijd in geval van een gezondheidsverklaringsprocedure mag alleen in rekening worden gebracht voor keuringen uitgevoerd door de psychiater of neuroloog. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal twee keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een half uur extra indirecte tijd.

Bij zowel een rijbewijskeuring in een vorderingsprocedure (119028) als een rijbewijskeuring in een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mogen kosten voor laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079995) apart in rekening worden gebracht. Hierop is tariefregulering (overige zorgproducten eerstelijnsdiagnostiek) van toepassing. Onderzoeken waarbij de te keuren persoon zelf aanwezig is (directe tijd), mogen alleen gedeclareerd worden in de vorm van de standaardkeuring of toeslagprestatie voor directe tijd. Deze onderzoeken (directe tijd) mogen niet apart in rekening gebracht worden.

b. *Informatieverstrekking (119053)*

De prestatie informatieverstrekking (119053) mag, voor zover in overeenstemming met de geldende bepalingen van algemene verordening gegevensbescherming (AVG), in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan derden. Voor deze informatieverstrekking is toestemming van de patiënt vereist.

De prestatie mag niet in rekening worden gebracht voor het strekken van kopieën uit het medisch dossier. Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie mag niets aanvullends in rekening worden gebracht.

5. *Prenatale screening* (037510, 037512, 037514, 037516 en 037521)
Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties prenatale screening, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, is te vinden in de Beleidsregel verloskunde.
6. *Regiefunctie complexe wondzorg* (190287)
De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het traject omvat in ieder geval de volgende onderdelen:
 - het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een behandelplan;
 - het bespreken van het behandelplan met de patiënt;
 - kennisdeling en kennisverspreiding voor zorgprofessionals en met de patiënt;
 - advies inzake leefstijlverbetering aan de patiënt;
 - casemanagement, triage en afstemming met de medisch specialist en/of huisarts.De prestatie wordt op patiëntniveau in rekening gebracht. Een nadere toelichting is te vinden in de Beleidsregel Regiefunctie complexe wondzorg.
7. *Reiskosten* (010905 en 010906)
 - Voor hulp verleend door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert op een ander adres dan een praktijkadres van deze beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld aan huis van een patiënt) mogen de gemaakte reiskosten in rekening gebracht worden.
 - Voor de reiskosten geldt een bedrag per kilometer volgens het Reisbesluit binnenland (code 010905), plus een bedrag per half uur voor de reistijd (code 010906).
8. *SCEN-consultatie* (130001)
SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. De prestatie betreft alle activiteiten van de medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of huisarts die staat ingeschreven in een daarvoor door de Federatie Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland aangewezen SCEN-register van KNMG, waaronder met name is begrepen:
 - a) overleggen met de behandelaar plus inzien journaals, specialistenbrieven, et cetera ten behoeve van SCEN-consultatie;
 - b) de visite(s) bij de patiënt en diens omgeving;
 - c) de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar;
 - d) het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder andere bespreking van het verslag.De prestatie mag door de geconsulteerde medisch specialist, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, in rekening worden gebracht.
9. *Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg in de thuissituatie* (190288 en 190289)
Er is sprake van verpleging, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg in de thuissituatie indien is voldaan aan elk van onderstaande voorwaarden:
 - Er is sprake van verpleegkundige handelingen, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg, met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. De verpleegkundige handelingen vinden plaats onder directe aansturing van de medisch-specialist;
 - Er is een indicatiestelling aanwezig voor verpleging, noodzakelijk in de thuissituatie in verband met medisch specialistische zorg, van de medisch specialist.
 - Deze verpleging is geen onderdeel van een klinische zorgdag in de thuissituatie.Onder 'thuissituatie' wordt verstaan:
 - Een woonhuis, of
 - Verblijf in een zorginstelling die zorg verleent waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 3.1.1 Wlz.De verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, palliatieve terminale zorg of intensieve kindzorg valt niet onder deze prestatie.
10. *Multidisciplinaire diagnostiek zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum* (190001)
Multidisciplinaire diagnostiek gericht op een vermoeden van een complexe en/of zeldzame oogaandoening (vallend onder de definitie voor weesaandoeningen: prevalentie is minder dan 1 op 2000). De patiënt wordt door een medisch specialist voor diagnostiek overgedragen naar een gespecialiseerd centrum voor zintuiglijk gehandicapten. De diagnostiek omvat oogheelkundig, orthoptisch, beeldvormend, functie- of elektrofysiologisch en oogbewegingsonderzoek, inclusief adviesgesprek. De betrokken disciplines zijn: Oogarts, Klinisch Fysicus, Orthoptist, GZ-/Neuropsycholoog (190001)
11. *Multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een Tertiair oogheelkundig centrum* (190002)
Multidisciplinaire diagnostiek gericht op een vermoeden van cerebrale visusstoornissen: de patiënt wordt door een medisch specialist overgedragen voor diagnostiek naar een gespecialiseerd centrum voor zintuiglijk gehandicapten. De diagnostiek omvat onder meer oogheelkundig- en



- functieonderzoek en psychologisch en ergotherapeutisch onderzoek, inclusief multidisciplinair overleg en adviesgesprek. De betrokken disciplines, met een minimumaantal van drie disciplines, zijn: Oogarts, Orthoptist/Optomist (minimaal één oogheelkundige discipline is verplicht), gzpsycholoog/Neuropsycholoog (verplicht), Maatschappelijk Werkende en Ergotherapeut (190002)
12. *Nabij patiënt trombosediensttest (NPT) (per kwartaal) (190259)*

Bij Nabij patiënt trombosediensttesten (NPT) verrichten de medewerkers van een zorgaanbieder zelf de bloedafname en bepalen de stollingstijd (onder verantwoordelijkheid en training van de trombosedienst). De resultaten van de meting, de eventuele bijzonderheden en de doseervoorstellen worden uitgewisseld met de trombosedienst. Het tarief voor NPT bestaat uit één tarief dat door de trombosedienst per kwartaal in rekening mag worden gebracht. De trombosedienst stemt de verrekening van het tarief af met de betreffende zorgaanbieder. De NPT-prestatie wordt gebruikt voor Wlz-cliënten die in een Wlz-instelling verblijven en geen behandeling ontvangen of Wlz-cliënten die hebben gekozen voor de leveringsvormen PGB, MPT en VPT.

HOOFDSTUK V AFLEIDEN

30. Regels afleiden

1. 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 met inachtneming van de bepalingen van deze regeling.
2. Een grouper als bedoeld in het eerste lid, voldoet aantoonbaar aan de volgende voorwaarden en specificaties:
 - a) Een grouper komt alleen tot afleiding als de input valide is;
 - b) Een grouper past geen zorgactiviteiten of typeringen van subtrajecten aan;
 - c) Een grouper leidt op basis van de ingevoerde declaratiedataset af conform de door de NZa vastgestelde tabellen en beslisbomen. In bijlage 11 'Toelichting regels afleiding' welke onderdeel uitmaakt van deze regelgeving, is opgenomen hoe deze afleiding plaatsvindt;
 - d) Een grouper verwijderd de informatie bij een declaratieaanvraag nadat de aanvraag volledig behandeld is;
 - e) De gegevensverwerking van door zorgaanbieders aangeleverde data door een grouper wordt niet gelogd en is voor personen buiten de zorgaanbieder om niet reproduceerbaar;
 - f) Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, zodat achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd;
 - g) Een grouper voorziet in een functionaliteit om proefaanleveringen en bepalingen van onderhanden werk te onderscheiden van aanleveringen ten behoeve van declaratie aan zorgverzekeraars;
 - h) 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.
3. Van een gedeclareerd dbc-zorgproduct moet altijd, middels een hash-functionaliteit, traceerbaar zijn dat het is afgeleid door een bepaalde grouper.
4. De zorgverlener gebruikt voor de afleiding uitsluitend een grouper die jaarlijks door een onafhankelijke derde, aangesloten bij NOREA dan wel een vergelijkbare organisatie, geauditeerd is ter beoordeling van een betrouwbare en continue werking. De audit wordt jaarlijks voor 1 april over het voorgaande jaar uitgevoerd. De audit toetst aan de hand van het document 'Toetsingskader grouper'. Deze toetsing vindt plaats als onderdeel van de toetsing op de betrouwbare en continue werking van de grouper.

De audit wordt uitgevoerd volgens de richtlijn assurance rapport betreffende interne beheersingsmaatregelen bij een serviceorganisatie (ISAE 3402 type II). Op basis van deze audit is gegarandeerd dat een grouper een juiste en verifieerbare afleiding verzorgt.

HOOFDSTUK VI DECLAREREN EN BETALEN

31. Algemene declaratiebepalingen

1. Het in rekening brengen (declareren) van een integraal tarief voor een geleverd dbc-zorgproduct of een overig zorgproduct aan een zorgverzekeraar of patiënt is exclusief voorbehouden aan 'eigen zorgverleners' en factureringsbedrijven die namens de eigen zorgverlener declareren.
2. Voor instellingen geldt, in aanvulling op lid 1, dat zij in het bezit dienen te zijn van een toelating als bedoeld in artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Deze eis geldt niet voor organisatorische verbanden die uitsluitend medisch-specialistische zorg leveren waarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Zorgverzekeringswet (hier wordt bedoeld op onverzekerde zorg).
3. Voor solisten geldt, in aanvulling op lid 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 voldoen aan de vereisten die aan de titel solist worden gesteld zoals opgenomen in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.
4. De eigen 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.
 5. De eigen zorgverlener (niet een grouper) als bedoeld in lid 1 is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct.
 6. Declaratiebepalingen geneesmiddelen
 - a. Een geneesmiddel dat intramuraal, dus 'binnen de muren' van een instelling, wordt voorgescreven en toegepast aan een patiënt, wordt gedeclareerd door de instelling waar dat geneesmiddel is toegepast.
 - b. In afwijking van het gestelde onder a geldt dat:
 - geneesmiddelen die enkel en alleen vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, en
 - geneesmiddelen voor de behandeling van HIV, dienen te worden gedeclareerd door de zorgverlener waarvan de patiënt voor de toepassing van deze geneesmiddelen 'eigen patiënt' is en waarvan de op deze geneesmiddelen betrekking hebbende zorg niet is overgenomen door een andere zorgverlener.
 - c. Declaratie van geneesmiddelen bedoeld onder a en b geschiedt als onderdeel van een dbc-zorgproduct, of via een aparte declaratietitel indien voor het betreffende geneesmiddel een add-on is vastgesteld en deze is opgenomen in de G-standaard.
 - d. Als uitzondering op het bepaalde in artikel 31 lid 6 onderdeel c van deze regeling kan een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat niet voorradig is, worden vervangen door een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning is afgegeven buiten Nederland. Het gaat in dat geval om een geneesmiddel dat dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte bevat. Het vervangende geneesmiddel met een buitenlandse registratie wordt met het ZI nummer van het Nederlandse product gedeclareerd.
 - e. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren worden per verstrekking gedeclareerd. Meerdere verstrekkingen van een geneesmiddel op één dag leiden dus tot meerdere declarabele prestaties, ongeacht de indicatie(s) waarvoor het geneesmiddel wordt verstrekt.
 7. Indien een subtraject geopend wordt in het kader van de selectie van een donor in verband met transplantaties van weefsels en organen zoals omschreven in artikel 2.4, eerste lid onder C van het Besluit zorgverzekering, worden de kosten hiervan in rekening gebracht bij (de zorgverzekeraar van) de ontvanger.

32. Onderlinge dienstverlening

1. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening wordt door de uitvoerende zorgverlener geen dbc-zorgproduct of overig zorgproduct gedeclareerd. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht.
2. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening brengt de uitvoerende zorgverlener de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening aan de zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft.
3. Alleen de zorgaanbieder die optreedt als 'eigen zorgverlener' voor de patiënt is gerechtigd om de geleverde zorg als prestatie bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.
4. De bepalingen zoals opgenomen in lid 1, 2 en 3 zijn niet van toepassing op Wbmv-zorg indien alleen de uitvoerende instelling een Wbmv-vergunning heeft voor het uitvoeren van de zorg.
5. Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en hij/zij de patiënt vanuit de initiële instelling naar zichzelf (door)verwijst in een andere instelling, is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg in de andere instelling wordt dan via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht bij de initiële instelling. Overeenkomstig het bepaalde in het derde lid brengt de initiële instelling het zorgproduct in rekening bij de zorgverzekeraar of de patiënt.
6. De verplichting genoemd in het vorige lid om zorg, die na doorverwijzing is geleverd in een andere instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap, via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen bij de initiële instelling, geldt niet in de volgende gevallen:
 - a. de situatie waarin een medisch specialist, die vanuit een categorale instelling voor gespecialiseerde zorg (revalidatie-instelling, radiotherapeutisch centrum, dialysecentrum, audiologisch centrum) is gedetacheerd in een ziekenhuis en deze medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit dat ziekenhuis (door)verwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg, waarin deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen.
 - b. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de

- patiënt met een (hoog)complexe zorgvraag vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat de benodigde behandel­faciliteiten, kennis en/of kunde in de initiële instelling ontbreken.
- c. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat de zorg waar de zorgvraag van de patiënt betrekking op heeft door diens zorgverzekeraar niet gecontracteerd is bij de initiële instelling, maar wel bij die andere instelling.
 - d. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat beide hiervoor genoemde instellingen met betrekking tot de zorgvraag van de patiënt een geformaliseerde vorm van samenwerking met elkaar hebben. Ook het terug verwijzen naar de initiële instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap kan onderdeel zijn van deze geformaliseerde samenwerking. Deze uitzondering is slechts mogelijk onder de voorwaarde dat de zorgverzekeraar(s) waarmee de samenwerkende instellingen contractafspraken maken, hier aanvullende afspraken over maken en deze vastleggen in het contract (contractvereiste).
7. Indien een acute zorgvraag behandeld wordt in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is, mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.
 8. Indien zorg verleend wordt door een andere instelling in het kader van een second opinion mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.

33. Declaratiebepalingen voor dbc-zorgproducten

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.
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.
3. Bij declaratie van een dbc-zorgproduct vermeldt de zorgverlener het subtrajectnummer.
4. Declaratie van parallelle dbc-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.
5. De declaratie van een dbc-zorgproduct heeft een zegel (hash-code) waaruit blijkt dat deze door een grouper is afgeleid.
6. Het tarief voor uitname van een orgaan bij een levende orgaandonor, mag in rekening worden gebracht bij de verzekeraar van en op naam van de ontvanger van het orgaan.
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 mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
8. Wanneer een cardioloog en een cardiochirurg samen een AICD-implantatie uitvoeren, dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
9. Een SKION dbc-zorgproduct (990116022 t/m 990116065) mag niet in combinatie met een ander dbc-zorgproduct kindergeneeskunde (dbc-zorgproductgroep 990116) worden gedeclareerd.
10. Wanneer een kinderarts en een neuroloog beiden een deel van de diagnostiek en/of behandeling uitvoeren van epilepsie (dbc-zorgproductgroep 069899) of van eenzelfde zorgvraag voor kinderneurologie (dbc-zorgproductgroep 991630), dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct uit de betreffende dbc-zorgproductgroep worden gedeclareerd.
11. Wanneer een internist en een longarts beiden een deel van de diagnostiek en/of behandeling uitvoeren van tuberculose (dbc-zorgproducten 019999052 t/m 019999058) of pneumonie (dbc-zorgproducten 109999067 t/m 109999074), dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
12. Wanneer een internist en/of een kinderarts en/of een radiotherapeut samen een patiënt screenen op de late effecten van de behandeling van kanker (dbc-zorgproducten 219899046 t/m 219899049), dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
13. Een dbc-zorgproduct voor traumaopvang volgens ATLS protocol (182199051, 182199055, 182199056 en 182199057) mag per instelling door één specialisme worden gedeclareerd.
14. Een initieel SKION dbc-zorgproduct mag per SKION stratificatie door één instelling in rekening worden gebracht. Het is niet toegestaan dat bij overdracht van het hoofdbehandelaarschap door



de overnemende instelling opnieuw een initieel dbc-zorgproduct in rekening wordt gebracht op grond van dezelfde stratificatie.

15. Parallel aan een dbc-zorgproduct voor complex chronisch longfalen (zorgproductgroep 990022) mag geen ander dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.

34. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

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.
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 zoals omschreven in (de bijlagen van) deze regeling.
3. Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijnsdiagnostiek en paramedische behandeling en onderzoek, mag alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
 - Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerste lijn, waarbij dit overige zorgproduct niet op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject voor dezelfde zorgvraag; of
 - Een verzoek voor het uitvoeren van een overig zorgproduct uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek van een Wlz-behandelaar. Waarbij de beoordeling van de diagnostiek in de tweede lijn plaatsvindt en waarbij dit overig zorgproduct niet op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject voor dezelfde zorgvraag; of
 - Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme waarvoor de dbc-systematiek niet geldt; of
 - Paramedische zorg die geen onderdeel uitmaakt van een medisch specialistische behandeling; of
 - Paramedische zorg die wel onderdeel uitmaakt van een medisch specialistische behandeling, maar waarvoor geen dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden.

34a. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten

1. Een overig zorgproduct uit de categorie supplementaire producten mag naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
2. Een add-on mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'eerder dan declaratie van het dbc-zorgproduct' worden gedeclareerd.
3. Een add-on ic mag per kalenderdag worden gedeclareerd.
4. Een add-on dialyse toeslag op de ic (190156) mag alleen in combinatie met een ic-dag (190157 of 190158) 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.
5. Bij declaratie van een add-ongeneesmiddel wordt het zorgtrajectnummer van het zorgtraject waarop het betrekking heeft meegestuurd.
6. 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.
7. Als er geen contractuele overeenkomst is tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar over de zwaarte van de te declareren behandeldagen (ic-dag type 1 of 2 met zorgactiviteitscodes 190157 of 190158), mag alleen de ic-dag type 1 in rekening worden gebracht.
8. De toeslag ECMO mag 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 mag als zijnde een toeslag naast de Neonatale intensive care of Pediatrie intensive care gedeclareerd worden.
9. Alleen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten, die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van artikel 8 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) als zodanig zijn aangewezen, mogen ozp-stollingsfactoren voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten in rekening brengen. Bij de declaratie van ozp-stollingsfactoren voor overige indicaties geldt deze beperking van aangewezen centra niet. In afwijking van de inwerkingtredingsdatum van deze regeling, treedt de inhoud van lid 9 van dit artikel met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 2017.
10. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan declareert de zorgverlener het geneesmiddel als add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor. In dat geval wordt een dergelijk geneesmiddel dus niet meer als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening gebracht. Geneesmiddelen die worden ingezet in het kader van Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962) maken wel onderdeel uit van deze verrichtingen en worden niet door middel van een add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor gedeclareerd.

Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.

11. De toeslag in verband met chronische beademing – revalidatie (190982) mag in rekening worden gebracht voor iedere verpleegdag waarop een patiënt, die afhankelijk is van chronische kunstmatige beademing, chronische beademing ontvangt in het kader van een revalidatiebehandeling. Het gaat hierbij om patiënten:
 - die gebruik maken van invasieve beademing (beademing via tracheacanule) of:
 - die gebruik maken van non invasieve beademing (beademing via masker) en het masker niet zelfstandig kunnen hanteren in verband met afwezige arm-handfunctie.De inzet van de revalidatiearts in verband met een calamiteit die zich tijdens en als gevolg van de chronische beademing voordoet, vormt geen onderdeel van deze toeslag, maar wordt als directe tijd geregistreerd. Deze toeslag is ook niet van toepassing op patiënten die in principe zelfstandig ademen, maar waarbij op grond van hun aandoening te verwachten is dat zij incidenteel en kortdurend beademd moeten worden of een andere vorm van ondersteuning van de ademhaling nodig hebben. Voor het vastleggen van deze zorg wordt de zorgactiviteitcode Klinische verpleging – ademhaling ondersteuning (zuurstof geven, airstacken (longvolume op peil houden), longen uitzuigen) – revalidatie (190879) gebruikt.
12. De draagbare uitwendige cardioversie-defibrillator (LifeVest) (190668) mag eenmalig per patiënt in rekening worden gebracht bij uitgifte van de uitwendige cardioversie-defibrillator.
13. Een klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) mag in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder indien hier een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende patiënt, over de invulling van deze prestatie, aan ten grondslag ligt.

34b. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek

1. Een overig zorgproduct (039702 t/m 039736, 039741 t/m 039752, 039760, 039763 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.
2. Voor een prestatie Klinisch-chemisch en microbiologisch onderzoek (070001 t/m 079995) in het kader van de eerste lijn mag het kostenbedrag, onafhankelijk van de uitvoerder (klinisch chemicus, hematoloog, medische microbioloog) worden gedeclareerd.
3. Het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) mag bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht.
4. Een INR bepaling (incl. order) (079995) mag niet worden gedeclareerd in het kader van trombosezorg. Hiervoor mag het overig zorgproduct advies – onderdeel van antistollingsbehandeling (190247) worden gedeclareerd
5. 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 een overig zorgproduct huisbezoek (079986 en 079987) worden gedeclareerd.
6. 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.
7. Voor een overig zorgproduct spermaonderzoek (070801, 078013 en 078110) is een verzoek van de eerste lijn niet noodzakelijk als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitssprekkuur.
8. Wanneer de overige zorgproducten (070706, 070707, 079986, 079987, 079990, 079991) in het kader van trombosezorg worden uitgevoerd is een verwijzing nodig. Dit mag ook een verzoek van of (door)verwijzing vanuit de tweede lijn zijn.
9. Voor het klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079996) is geen verzoek van de eerste lijn noodzakelijk op het moment dat het onderzoek aanvullend in rekening wordt gebracht bij een rijbewijskeuring (119027 t/m 119030). De zorgaanbieder moet altijd kunnen aantonen dat de uitgevoerde behandeling geen betrekking heeft op de zorgvraag van een openstaand subtraject.
10. Voor het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991) en het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname (079989) geldt dat indien uitbesteding van onderzoek(en) aan een andere interne of externe uitvoerder plaatsvindt, deze interne of externe uitvoerder geen ordertarief (079991 danwel 079989) in rekening mag brengen bij de (zorgverzekeraar van de) patiënt. Per afname (danwel



aanname) van patiëntmateriaal mag slechts één ordertarief (079991 danwel 079989) in rekening worden gebracht.

11. Het overig zorgproduct laboratoriumonderzoeken ten behoeve van nazorg altruïstische of familiale donor (079970) dient ter dekking van de laboratoriumonderzoeken welke jaarlijks ter nazorg aan altruïstische of familiale donoren worden geleverd. Het overig zorgproduct omvat urineonderzoek (albumine, kreatinine, sediment en eiwit), bloedonderzoek (kreatinine, HbA1c, cholesterol en/of glucose) en een ordertarief voor klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken, inclusief bloedafname. De prestatie wordt in rekening gebracht bij de donor en hiervoor geldt geen eigen risico.
12. *MRI (081093, 082490, 083191, 083192, 083290, 083390, 084090, 085091, 085093, 087091, 087092, 087096, 087097, 088090 en 089090)*
MRI's worden rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt gedeclareerd, tenzij deze worden geleverd als onderdeel van een dbc-zorgproduct of op verzoek van een andere zorgaanbieder in het kader van onderlinge dienstverlening. Dus ook als sprake is van onderlinge dienstverlening tussen een ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zijn de MRI's onderdeel van een dbc-zorgproduct.
Voor de prestaties 082490, 083191, 083192, 083290, 083390, 084090, 085093, 087097, 088090 en 089090 geldt dat er per zitting maximaal twee MRI codes gedeclareerd mogen worden. Daarnaast geldt:
 - a. prestaties 081093 en 082490 mogen niet naast elkaar gedeclareerd worden;
 - b. prestatie 087097 mag niet naast 087070, 087091, 087092, 088090 of 089090 gedeclareerd worden;
 - c. prestatie 088090 mag niet naast 087070, 087092, 087096, 087097 of 089090 gedeclareerd worden;
 - d. prestatie 089090 mag niet naast 088090 gedeclareerd worden.
13. De facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek wordt uitsluitend in rekening gebracht door zorgaanbieders die hierover een contractafspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt (contractvereiste).
14. Het 'Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen' (080002) kan alleen gedeclareerd worden als overig zorgproduct bij de volgende radiologische (röntgen) onderzoeken: 080001, 080040, 080057, 081002, 082002, 082202, 082211, 082402, 082502, 082505, 082602, 082711, 083002, 083102, 083202, 083302, 083402, 084002, 084025, 084202, 084213, 084402, 084413, 084602, 084613, 084730, 085002, 085320, 085420, 085720, 086011, 086202, 086802, 086902, 086941, 087002, 087111, 087211, 087411, 087511, 087913, 088012, 088311, 088425, 088511, 088920, 089002, 089020, 089025, 089125, 089202, 089213, 089302, 089402, 089413 en 089602. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd. Wanneer een aanvraag van de eerste lijn (voor één zorgvraag) zowel een röntgen als een MRI onderzoek bevat, dan mag slechts eenmaal een ordertarief worden gedeclareerd.
15. Het 'Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI' (080003) kan alleen gedeclareerd worden als overig zorgproduct bij de volgende MRI onderzoeken: 080097, 081089, 081092, 081093, 082490, 083191, 083192, 083290, 083390, 084090, 085091, 085093, 085190, 085191, 087091, 087092, 087096, 087097, 088090, 089090. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd. Wanneer een aanvraag van de eerste lijn (voor één zorgvraag) zowel een röntgen als een MRI onderzoek bevat, dan mag slechts eenmaal een ordertarief worden gedeclareerd.

34c. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek

Indien er sprake is van poliklinische fysiotherapie mogen de betreffende zorgactiviteiten, ook 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.

34d. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen

1. Een overig zorgproduct uit de categorie overige verrichtingen wordt los gedeclareerd en maakt geen onderdeel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct.
2. De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg (190287) mag worden gedeclareerd, indien:
 - de patiënt, die complexe wondzorg ontvangt, niet in een instelling verblijft; en
 - hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst tussen zorgverlener en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.
De zorgverlener en de zorgverzekeraar definiëren in die overeenkomst welke voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen gelden om deze prestatie in rekening te mogen brengen.
Daarbij wordt in ieder geval de te hanteren declaratie-eenheid in het contract gedefinieerd; en
 - de zorgverlener beschikt over een organisatiestructuur die voldoet aan de voorwaarden die de

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft gesteld in artikel 3.1 van het document 'basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014'.

3. Bij de overige zorgproducten ten behoeve van de standaardprestatie rijbewijskeuring (119027 en 119028) mag de prestatie 'toeslag rijbewijskeuring' (119029 en 119030) in rekening worden gebracht, wanneer de directe tijd meer dan 15 minuten bedraagt. De standaardprestatie bestaat uit 15 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd. De zorgverlener informeert de te keuren persoon wanneer hij verwacht gebruik te maken van de toeslag bovenop de standaardprestatie. Deze toeslagprestatie mag meerdere keren in rekening worden gebracht, per 15 minuten directe 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 vier keer in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Bij een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mag de toeslag (119029), enkel indien sprake is van een neurologische of psychiatrische keuring, maximaal twee keer in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Alleen voor daadwerkelijk gerealiseerde tijdbesteding mogen toeslagen in rekening gebracht worden.
4. Declaratiebepalingen kaakchirurgische verrichtingen
 - a. *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.
 - b. *Assistentie bij een kaakchirurgische verrichting* (230002)

Assistentie mag alleen in rekening worden gebracht indien het noodzakelijk was dat de assisterende 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 assisterende 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 mag per operatiesessie meermaals, maar maximaal één keer per verrichting in rekening worden gebracht. Dit geldt ook indien meer dan één arts assisteert.
 - c. *Fractuurbehandeling* (238041, 238042, 238044)

Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, mag slechts één verrichtingsnummer worden gedeclareerd.

De kaakchirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudo-arthrose, mag als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.
 - d. *Intermaxillaire fixatie* (238048)

Het tarief voor intermaxillaire fixatie (238048) mag niet worden gedeclareerd in combinatie met een osteotomie, een fractuurbehandeling en/of een reconstructieve behandeling.
 - e. *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 mag apart in rekening worden gebracht.

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

Voor een consult naar aanleiding van een klacht mag 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 mag apart in rekening worden gebracht.

In het geval er voor het repareren van het MRA (code 234192) het MRA opnieuw moet worden geregistreerd (ingesteld), mag een nieuwe MRA worden vervaardigd en gedeclareerd (code 234190 plus techniekkosten).
 - f. *Maken meerdimensionale kaakopname (b.v. cone beam-CT (CBCT))* (239472)

Het maken van een meerdimensionale kaakfoto (bijvoorbeeld met een CBCT). Deze foto wordt uitsluitend genomen indien het maken van een dergelijke opname een meerwaarde heeft ten opzichte van conventionele röntgendiagnostiek.
 - g. *Taakdelegatie*

Bij sommige kaakchirurgische zorgvragen wordt een deel van de behandeling uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld mondhygiënist). Hiervoor mogen kaakchirurgi-

sche 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.

- h. *Dagverpleging kaakchirurgie (231901)*
Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie 231902 'Verpleegdag kaakchirurgie' of prestatie 234003 'Consult' worden gedeclareerd.
 - i. *Verpleegdag kaakchirurgie (231902)*
Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie 231901 'Dagverpleging kaakchirurgie' of prestatie 234003 'Consult' worden gedeclareerd.
 - j. *Techniekkosten (230000)*
Techniekkosten mogen additioneel in rekening worden gebracht bij de volgende kaakchirurgische prestaties: 234196, 234195, 239961, 239962, 234190 en 234192.
5. 'Verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg'
- a. Voor de prestatie 'Verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch-specialistische 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.
 - b. Afronding vindt plaats per declaratieperiode. Indien er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voorafgaand aan de declaratie 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.
6. Multidisciplinaire diagnostiek binnen een tertiair oogheelkundig centrum.
Voor de prestatie 'Multidisciplinaire diagnostiek zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum' en 'Multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een tertiair oogheelkundig centrum' is een maximumtarief vastgesteld. Er geldt een tarief-eenheid van vijf minuten. De declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden per prestatie per kalenderdag en het daarbij gehanteerde tarief. Indien het totaal aan declarabele tijd per kalenderdag geen veelvoud van vijf minuten beslaat, vindt afronding plaats op de dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Voor de tijdregistratie geldt de patiëntgebonden tijd van de onder artikel 29 genoemde disciplines.

35. Terugvaloptie

1. Een zorgverlener mag een dbc-zorgproduct vóór de algemene sluitingsregels uit artikel 17 en 18 declareren indien is voldaan aan onderstaande voorwaarden:
 - De zorgverlener heeft geen overeenkomst 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 19.
2. De terugvaloptie in lid 1 vervalt met terugwerkende kracht als de onder b bedoelde behandeling vóór de onder c bedoelde toekomstige sluitingsdatum wordt hervat.

HOOFDSTUK VII INFORMEREN

36. Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten

1. Een declaratie van een dbc-zorgproduct vermeldt minimaal de volgende gegevens:
 - a) **Dbc-zorgproduct startdatum.** Een subtraject wordt afgeleid tot een dbc-zorgproduct en heeft een eigen startdatum.
 - b) **Dbc-zorgproduct einddatum.** Een subtraject wordt afgeleid tot een afzonderlijk dbc-zorgproduct en heeft een eigen einddatum.
 - c) **Zorgtype:** Het zorgtype is een component binnen de dbc-registratie waarmee het type subtraject wordt aangeduid. Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten (zorgtype 11), vervolg subtrajecten (zorgtype 21) en intercollegiale consulten (zorgtype 13).
 - d) **(typerende) Diagnose.** De diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert.
 - e) **Dbc-declaratiecode.** Een 6-cijferige code die het zorgproduct en het gereguleerde tarief of de afgesproken prijs van het dbc-zorgproduct weergeeft.
In het gereguleerde segment wordt aan elk dbc-zorgproduct een dbc-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 14 (verzekerde zorg) en/of 16 (niet verzekerde zorg) gekoppeld. Aan elk dbc-zorgproduct in het vrije segment wordt een dbc-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 15 (verzekerde zorg) en/of 17 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.
 - f) **Zorgtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt

- geïdentificeerd. Voor zorgtrajecten met ZT51 geldt dat ook het zorgtrajectnummer van het hieraan gekoppelde zorgtraject (ZT11 of ZT21) wordt vermeld op de declaratie.
- g) **Subtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd.
 - h) **Hash-code.** Een code die aangeeft dat de prestatie door een grouper is afgeleid. 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.
 - i) **Gedeclareerd bedrag.** Op de declaratie wordt het gedeclareerde bedrag van het dbc-zorgproduct opgenomen.
 - j) **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).
 - k) **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). Indien een SEH-arts KNMG, sportarts, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.
 - l) **Consumentenomschrijving (lekenomschrijving).** Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor dbc-zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld, zoals opgenomen in het overzicht dbc-zorgproducten (bijlage 1 van deze regeling).
 - m) **Type verwijzer.** Op de declaratie wordt het type verwijzer vermeld 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 eerste lijn (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerste lijn).
 - 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 eerste lijn, maar verwijzer heeft geen AGB-code.
 - n) **AGB-code verwijzer.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder m3, m4 en m6 wordt op de declaratie een AGB-code van de verwijzende zorgaanbieder vermeld. Dit is een instelling, een praktijk of een natuurlijk persoon. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder m5 en m7 wordt op de declaratie de AGB-code van de natuurlijke persoon die doorverwijst vermeld.
 - o) **AGB-code verwijzend specialisme.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder m5, m6 of m7 wordt op de declaratie de AGB-code van het verwijzend specialisme vermeld.
 - p) **Afsluitreden.** De afsluitreden wordt gecodeerd volgens de afsluitreden tabel en geeft de reden van sluiting van het traject weer.
 - q) **Indicatie machtiging.** Middels 'ja' of 'nee' wordt op de nota aangegeven of de declaratie wel of geen zorgactiviteiten bevat waarvoor een machtiging is vereist.
 - r) **Zorgactiviteiten.**
 - Indien één van de in bijlage 3 genoemde zorgactiviteiten deel uit maakt van het lokale profiel van een dbc-zorgproduct geopend na 31 mei 2014, worden de code, consumentenomschrijving, het aantal registraties en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit vermeld op de declaratie.
 - Bij de zorgactiviteiten 190854 t/m 190982 wordt de AGB-code van de uitvoerder (natuurlijk persoon) vermeld op de declaratie. Deze verplichting geldt voor de volgende zorgverleners: medisch specialist (revalidatiearts), fysiotherapeut, logopedist en ergotherapeut.
- 2. De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdeel r (zorgactiviteiten), is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.
 - 3. De zorgaanbieder is verplicht in zijn administratie een afschrift te houden van een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling.
 - 4. Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van nota's die, vergezeld van een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt uitsluitend plaats door of onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

37. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

1. In tabel 2 is weergegeven welke gegevens (onderdelen a t/m m) voor welk type overig zorgproduct minimaal op de declaratie daarvan worden vermeld.

Tabel 2. Informatieverplichting overige zorgproducten

overige zorgproducten	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
algemeen	x				x		x	x	x	x	x	x	
add-on IC's/add-on overig	x	x			x		x	x	x	x	x	x	
add-on geneesmiddelen	x		x	x		x	x	x				x	x
Ozp-stollingsfactoren	x			x		x	x	x				x	x

- a) **Uitvoerdatum.** De uitvoerdatum van de zorgactiviteit. Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt hiermee bedoeld de datum waarop het geneesmiddel is toegediend aan de patiënt, is verstrekt aan de patiënt of is verstrekt aan de afdeling ten behoeve van toediening aan de patiënt. Voor facultatieve prestaties eerstelijnsdiagnostiek wordt hiermee bedoeld de startdatum van de facultatieve prestatie.
- b) **Subtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het informatie- c.q. 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.** Het aantal eenheden (bijv. infusieflacons, tabletten) of fracties van eenheden (bijv. een halve infusieflacon) dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen verstrekken aan de patiënt bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s).
- e) **Zorgproductcode.** De zorgproductcode is de zorgactiviteitcode (zes posities).
- f) **ZI-nummer.** Zorgidentificatienummer van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor.
- g) **AGB-code uitvoerend specialisme.** De AGB-code van het uitvoerend specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroepindeling (de AGB-code van het specialisme dat verantwoordelijk is voor de geleverde prestatie is hierbij leidend). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt met het uitvoerend specialisme bedoeld op het voorschrijvend specialisme.
- h) **Consumentenomschrijving.** Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor overige zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld zoals opgenomen in het overzicht overige zorgproducten (bijlage 4 van deze regeling). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren bestaat de consumentenomschrijving uit de artikelomschrijving van het betreffende geneesmiddel zoals opgenomen in de G-standaard.
- i) **Type verwijzer.** Op de declaratie wordt het type verwijzer vermeld 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 eerste lijn (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerste lijn).
 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 eerste lijn, maar verwijzer heeft geen AGB-code.
 9. Patiënt welke gebruik maakt van directe toegang tot ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek of orthoptie.
- j) **AGB-code verwijzer.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i3, i4 en i6 wordt op de declaratie een AGB-code van de verwijzende instelling/praktijk of natuurlijk persoon vermeld. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i5 en i7 wordt op de declaratie een AGB code van de verwijzende natuurlijk persoon vermeld.
- k) **AGB-code verwijzend specialisme.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i5, i6 of i7 wordt op de declaratie ook een AGB-code van het specialisme vermeld.
- l) **Gedeclareerd bedrag.** Op de declaratie wordt het gedeclareerde bedrag van het overig zorgproduct vermeld.
- m) **Indicatie** (on-label en off-label). Een in de G-standaard opgenomen indicatie waarvoor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor is verstrekt aan de patiënt. Indien de betreffende



indicatie nog niet is opgenomen in de G-standaard, dan wordt dat gegeven vermeld op de factuur.

2. De verplichting als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c (zorgtrajectnummer) is niet van toepassing op add-ongeneesmiddelen als een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijhorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.
3. De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdelen e en m, is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.

38. Standaardprijslijst

1. Zorgverleners zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling maken een standaard prijslijst bekend voor prestaties in het vrije en gereguleerde segment. De tarieven zoals opgenomen in de standaard prijslijst worden ook wel passantentarieven genoemd.
2. De in de standaard prijslijst opgenomen tarieven worden door de zorgverleners, zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling, in rekening gebracht voor het leveren van zorg aan niet-verzekerde patiënten en aan patiënten van wie de zorgverzekeraar geen contract met de desbetreffende zorgaanbieder heeft gesloten.
3. De standaardprijslijst bevat de volgende onderdelen, zoals vastgesteld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 10):
 - de dbc-zorgproductcode;
 - de dbc-zorgproduct (consumenten)omschrijving;
 - de declaratiecode;
 - de periode waarvoor de totaalprijs geldt (ingangsdatum en eventueel einddatum);
 - het integrale actuele tarief voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening mag brengen.
 - een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel, door opname van 'definities' zoals vermeld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 10).
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.
 - a. Indien de zorgverlener een website heeft, plaatst de zorgverlener de standaard prijslijst(-en) op de website.
 - b. 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.

39. Informatieverplichting solisten

Solisten die declareren op basis van een individuele beschikking (zie artikel 31) zijn verplicht om wijzigingen in de bedrijfsvoering of wijzigingen in de organisatiestructuur aan de NZa te melden.

40. Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling medisch-specialistische zorg, met kenmerk NR/REG-1907a, ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling, wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden Regeling medisch-specialistische zorg met kenmerk NR/REG-2001, ingetrokken.

41. Overgangsbepaling

De regeling medisch-specialistische zorg, met kenmerk NR/REG-1907a, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold, tenzij in de voorliggende regeling (NR/REG-2001a) anders is bepaald.

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 en dat voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) de regels leidend zijn die op de uitvoerdatum geldig zijn, tenzij in de voorliggende regeling (NR/REG-2001a) anders is bepaald.



42. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2020.

Deze regeling zal op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg, met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst, met uitzondering van de bijlagen die ter inzage worden gelegd bij de NZa.

Deze regeling wordt aangehaald als: 'Regeling medisch-specialistische zorg'.

*Nederlandse Zorgautoriteit
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Algemeen

De Regeling medisch-specialistische zorg beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die gelden voor alle zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg. In deze regeling beschrijft de NZa welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen zorgaanbieders in acht moeten nemen bij de registratie en declaratie van medisch-specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

Indien zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen zich niet aan deze regels houden, kan de NZa op grond van hoofdstuk 6 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) handhavende maatregelen nemen.

Op basis van de bevoegdheden beschreven in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg stelt de NZa prestaties en tarieven vast in de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven die in acht moeten worden genomen bij de registratie en declaratie van deze zorg.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onderdeel l en m: Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

Onderdeel t: In het kader van deze regeling worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg 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.

Onderdeel w: VWS stelt voor de geriatrische revalidatiezorg een apart macrokader vast.

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

Onderdeel uu: Met de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 is het declaratierecht van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten voorbehouden aan twee soorten zorgaanbieders, te weten: instellingen en solisten. In de regels van de NZa worden instellingen en solisten samengevoegd onder de noemer, respectievelijk het verzamelbegrip, 'zorgverlener'.

Artikel 5

Een (tweede) declaratie is alleen gerechtvaardigd als daadwerkelijk sprake is van een eigen zorgvraag en een voldoende afzonderlijk zorgtraject. Of er sprake is van een afzonderlijk zorgtraject, blijkt uit de voorwaarden zoals opgenomen in de leden van artikel 5. Het is aan de medisch specialist om te bepalen of sprake is van een eigen zorgvraag.

Lid 4 sub h:

De transplantatie-gerelateerde zorgvragen betrekking hebbende op vroege complicaties (tijdens de looptijd van het operatieve fase 2 subtraject of binnen het eerst geopende nazorg traject van 120 dagen) maken onder meer onderdeel uit van het transplantatiezorgtraject:

- intercollegiale consultatie en medebehandeling door andere specialisten;
- (kleine) Ingrepen ter voorbereiding van de transplantatie zoals een vasculaire ingreep;
- behandeling van vroege chirurgische complicaties waaronder trombose, obstructie, wondinfectie, littekenbreuk, urineweginfectie, e.d.;
- behandeling van vroege medisch complicaties waaronder afstoting en infecties, primaire non-functie, geneesmiddelen toxiciteit e.d.;
- Second look;
- re-laparotomie voor bijvoorbeeld nabloeding, spoelen buik, verwijderen gazen, arteriële of portale thrombose;



- transplantectomie; maakt deel uit van het lopende subtraject. Als het een transplantectomie van een gecombineerde orgaantransplantatie betreft, wordt de diagnose van het nazorgtraject aangepast aan het nog resterende getransplanteerde orgaan;
- ureterreconstructie;
- vasculaire reconstructie;
- gefaseerd sluiten.

De late complicaties/effecten en/of niet transplantatie-gerelateerd; na het eerste nazorgtraject van 120 dagen vallen buiten het transplantatiezorgtraject:

- Zorgvragen die niet transplantatie-gerelateerd zijn zoals opportunistische infecties, cardiovasculaire events;
- Comorbiditeiten zoals diabetes, hypertensie, hepatitis C;
- Behandeling van osteoporose en andere nadelige effecten veroorzaakt door medicijngebruik in het nazorgtraject;
- Late gevolgen van het transplantatietraject zoals het ontstaan van maligniteiten.

Voor de dialyse geldt dat chronische dialyse voorafgaand aan een transplantatie via de gebruikelijke manier in een apart zorgtraject geregistreerd wordt. Acute dialyse tijdens de operatieve fase maakt onderdeel uit van het subtraject waarbinnen de transplantatie plaatsvindt. Als de dialyse tijdens de ic-periode plaatsvindt, wordt dit gedeclareerd via een add-on ic.

Zorg gedurende de wachtlijstperiode binnen een niet-transplantatiecentrum valt onder het 'in conditie houden van de patiënt' dat onderdeel is van het lopende zorgtraject gericht op de behandeling van de onderliggende ziekte (bijvoorbeeld: zorgtraject dialysezorg, zorgtraject levercirrose, et cetera); dit valt dus niet onder de transplantatiezorg.

Artikel 7

Lid 1: Het specialisme geriatrische revalidatiezorg beschikt niet over het zorgtype 13. Het icc valt voor dit specialisme onder zorgtype 11.

Lid 2: Bij een klinische opname mogen wel meerdere specialismen één icc zorg/subtraject openen.

Artikel 9

Indien een poortspecialist in de rol van ondersteuner op verzoek van een specialisme van de eigen instelling een zorgactiviteit levert welke als overig zorgproduct is opgenomen in de tarieventabel, dan zijn de zorgactiviteiten enkel onderdeel van het zorgprofiel van het aanvragend specialisme en is er geen sprake van een overig zorgproduct. De zorgactiviteiten worden bij het zorgtraject van de aanvragende specialist vastgelegd.

Artikel 13

De genoemde zorgactiviteiten mogen 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, wordt een ondersteund zorg/subtraject 51 geopend, met een interne verwijzing naar het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.
- via een alternatief koppelmechanisme die de zorgactiviteiten van de ondersteuners (achteraf) koppelt aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Artikel 15

De ICD-10 code is alfanumeriek en opgebouwd uit drie tot vijf posities, exclusief leestekens zoals punt, slash, asterisk en plusteken (dagger). De ICD-10 code wordt op het diepste niveau geregistreerd.

Artikel 16

Lid 2: Het specialisme consultatieve psychiatrie beschikt niet over het zorgtype 21. Voor diagnose 19 Incongruentie genderidentiteit is een uitzondering op deze regel gemaakt. Bij deze diagnose kunnen zowel initiële als vervolgotrajecten voorkomen.

Lid 3: 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 mogen tussen subtrajecten periodes van (een veelvoud van) 120 dagen bestaan waarbinnen geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd.

Artikel 17

Lid 1: De ontslagdatum is de datum dat de laatste verpleegdag, klinische zorgdag in de thuissituatie of ic-dag 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'.

Artikel 19

Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met de afsluitregelcode (zie bijlage 5).

Lid 1: Onder medicinale oncologische behandelingen vallen uitsluitend;

- chemo-immunotherapie;
- immunotherapie;
- chemotherapie bij acute leukemie;
- chemotherapie bij gemetastaseerde tumoren;
- chemotherapie bij niet gemetastaseerde tumoren;
- hormonale therapie bij gemetastaseerde tumoren;
- hormonale therapie bij niet gemetastaseerde tumoren;
- verstrekking radium-223 chloride per injectie bij prostaattumoren;
- hematologische tumoren.

Lid 17 onderdeel b:

Gelet op de integraliteit van de producten voor orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie) geldt voor alle zorgactiviteiten dat deze slechts door één hoofdbehandelaar per instelling vastgelegd worden. Er worden per fase geen parallelle trajecten voor snijders en beschouwers geopend.

Voor de inhoudelijke invulling van deze zorgactiviteiten, wordt verwezen naar de protocollen/richtlijnen van de beroepsgroep.

Lid 17 onderdeel b subonderdeel 1:

Bij gecombineerde transplantaties wordt slechts één zorgtraject geopend.

Lid 17 onderdeel b subonderdeel 2:

Fase 1:

Ten aanzien van de screening wordt onderscheid gemaakt tussen de initiële screening en de follow-up die plaatsvindt tijdens de wachtlijstperiode. Na ieder onderdeel wordt de beslissing genomen of de patiënt in aanmerking komt voor de volgende stap in de transplantatieprocedure. Bij een negatieve beslissing wordt het transplantatietraject beëindigd en wordt het lopende subtraject op de 120^e dag na openen gesloten.

De initiële screening omvat het voorbereidende onderzoek bestaande uit de anamnese en de uit te voeren verschillende onderzoeken zoals vastgelegd in de protocollen/richtlijnen van de beroepsgroep.

Hieronder valt onder meer:

- Anamnese en medisch onderzoek.
- Beeldvormend onderzoek.
- Laboratorium onderzoek (bloed, urine, infecties).
- Serologie.
- Weefseltypering en antistoffen.

De initiële screening mag voor een deel plaatsvinden in de periferie; dit betreft het voorbereidende onderzoek waarna de ontvanger bij afwezigheid van absolute contra-indicaties wordt doorverwezen naar het transplantatiecentrum.

De follow-up beoordeling en besluitvorming bestaat uit een 'rondje langs de velden'-bespreking van de patiënt in het MDO en besluitvorming of de patiënt transplantabel is. Bij positieve besluitvorming vindt de prioritering en aanmelding van de patiënt voor de wachtlijst plaats.

Onder de follow-up valt onder meer:

- (poli)klinische evaluatie onderzoeken.
- Beoordeling immunologische status.
- Rondje langs de velden.
- MDO.
- Patiënt-afhankelijke onderzoeken naar aanleiding van risicofactoren.

Fase 2:

De transplantatiefase omvat onder meer de volgende activiteiten:

- Voorbereiding operatie.



- Transplantatieoperatie.
- Postoperatieve klinische zorg.
- Opname ic/reguliere verpleegafdeling.
- MDO.
- Behandeling primaire complicaties (afstoting/infecties).
- Medicatie.
- Paramedische begeleiding (voeding, fysio, psychosociaal).
- Voorbereiding ontslag.

Fase 3:

In het eerste jaar na de transplantatie vindt de nazorg predominant plaats vanuit de transplantatiecentra. Dit betreft onder meer de volgende activiteiten:

- Voorkomen en behandelen complicaties ten gevolge van de transplantatie.
- Monitoring en behandeling dysfunctie van transplantatie.
- Controle immuun suppressie.
- Screening infectieuze aandoeningen en maligniteiten.
- Uitvoering specifieke controles waaronder biopten, virale diagnostiek, et cetera.

Daarnaast mogen in het 1^e jaar na de transplantatie reguliere controles en behandeling plaatsvinden in de niet-transplantatiecentra. Hieronder valt onder meer:

- Regulatie diabetes mellitus.
- Behandeling hypertensie.
- Diagnostiek en behandeling banale infecties.
- Hyperlipidemie.
- Aandoeningen steun- en bewegingsapparaat.
- Cardiovasculair risicomangement.

Lid 17 onderdeel b subonderdeel 3:

Wanneer een hertransplantatie plaatsvindt binnen een lopend subtraject (fase 2 of fase 3) wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt en wordt een nieuw operatief subtraject geopend.

Lid 17 onderdeel b subonderdeel 4:

Er is alleen sprake van een nieuwe screeningsfase (fase 1) indien de besluitvorming na de 1^e initiële screening niet tot aanmelding voor de wachtlijst heeft geleid en na verloop van tijd een nieuwe initiële screening wordt uitgevoerd.

Lid 17 onderdeel c en d: Het plaatsen van een lange termijn steunhart wordt beschouwd als een (voortraject) orgaantransplantatie. Dus ook bij het vervangen van een steunhart gelden deze sluitregels.

Artikel 23

Lid 2: Alle zorg die zorgverleners leveren wordt vastgelegd in zorgactiviteiten. In de meeste gevallen leidt een combinatie van verschillende zorgactiviteiten over een bepaalde periode tot een declarabel product (een dbc-zorgproduct). Er zijn echter ook zorgactiviteiten die op zichzelf tot een declarabel product leiden, dit zijn overige zorgproducten. De omschrijvingen van zorgactiviteiten die gedeclareerd worden middels dbc-zorgproducten gelden dus ook voor overige zorgproducten en andersom. Het zijn immers dezelfde zorgactiviteiten. Wel kunnen de registratie- en declaratiebepalingen van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten verschillen. Dit staat echter los van de omschrijving van een zorgactiviteit.

Lid 6: Om overlooppromatiek te voorkomen worden zorgactiviteiten die niet vertaald kunnen worden naar nieuwe zorgactiviteiten niet per 1 januari van jaar t beëindigd, maar 120 dagen ná ingang van hun opvolgers. In deze periode bestaat overlap tussen de geldigheid van oude en nieuwe zorgactiviteiten. De openingsdatum van de subtrajecten is bepalend voor de zorgactiviteit die geregistreerd wordt. De oude zorgactiviteiten worden tijdens deze periode in trajecten met een openingsdatum in het oude jaar geregistreerd. De nieuwe zorgactiviteiten worden gebruikt voor trajecten die in het nieuwe jaar zijn geopend.

Lid 7: Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode worden verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie aan één subtraject gekoppeld. Verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, worden de opvolgende verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar.



Artikel 24

Lid 1: Op het moment dat voor meerdere zorgvragen meerdere beroepsbeoefenaren vanuit verschillende specialismen hoofdbehandelaar zijn en tegelijkertijd een polikliniekbezoek hebben met de patiënt, dan is het toegestaan om voor deze verschillende beroepsbeoefenaren een polikliniekbezoek te registreren.

Lid 3: Na ontslag uit de kliniek worden, in geval van een poliklinisch vervolgtraject, herhaalpolikliniekbezoeken (190008 en 190013) geregistreerd.

Lid 13: Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair overleg telt dit als één AGB-specialisme en wordt de zorgactiviteit dus slechts door één beroepsbeoefenaar per specialisme per multidisciplinair overleg worden vastgelegd.

Lid 16: Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair consult telt dit als één AGB-specialisme en wordt de zorgactiviteit dus slechts door één beroepsbeoefenaar per specialisme per multidisciplinair consult vastgelegd.

Lid 20: Van medebehandeling van een patiënt die klinisch is opgenomen op de PAAZ of PUK afdeling is geen sprake indien een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt behandelt in het kader van een zorgvraag voor ggz.

Lid 25: Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland).

Lid 28: Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier niet onder.

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag. Het is daarmee niet mogelijk om bij ontslag en heropname op dezelfde dag meerdere verpleegdagen binnen een instelling te registreren.

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 0.00 uur en ontslag plaatsvindt ná 7.00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd wordt (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan).

Tabel 2. Voorbeelden bij het begrip overnachting

Opnametijd patiënt x	Ontslagtijd patiënt x	Aantal verpleegdagen
Voor 20:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0
	Bij definitieve overname of overlijden voor 7:00 uur kalenderdag x+1	2
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij definitieve overname of overlijden)	2
Na 20:00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0
	Bij overlijden voor 07:00 uur kalenderdag x+1	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij overlijden en overname)	1
Op 0:00 uur of na 0:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname voor 7:00 uur kalenderdag x	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname na 7:00 uur kalenderdag x	1

Lid 33: Voor de vastlegging van de specifieke activiteiten van de verpleging in de revalidatiezorg zijn specialistische verpleegkundige zorgactiviteiten beschikbaar. Klinisch verpleegkundigen mogen met uitzondering van deze specifieke zorgactiviteiten geen tijd registreren; deze tijd is standaard verdisconterd in de verpleegdagen. Deze zorgactiviteiten betreffen direct patiëntgebonden tijd en geen indirect patiëntgebonden tijd. Het is niet toegestaan om directe tijd vast te leggen indien er geen direct contact



is zoals bij een patiënt die zelfstandig traint zonder toezicht of bij een no-show.

Lid 34: Als voorbeeld van de afrondingsregel wordt een tijdsbesteding van 6 of 7 minuten geregistreerd als 5 minuten en een tijdsbesteding van 8 of 9 minuten geregistreerd als 10 minuten.

Lid 43: Indien sprake is van een afgebroken transplantatieoperatie waarbij de patiënt is opgenomen voor de transplantatieoperatie, de OK is voorbereid maar de geplande transplantatie op het laatste moment geen doorgang vindt dan wordt dit vastgelegd onder de operatieve fase. Echter als de patiënt wel is opgenomen maar de OK tijdig is gecancelled dan wordt dit niet als operatieve fase vastgelegd en valt dit nog onder de screening.

Lid 63: Onder 'thuisituatie' wordt verstaan een locatie buiten de muren van het ziekenhuis. Dat kan bijvoorbeeld een woonhuis zijn, of een zorginstelling die zorg verleent waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 3.1.1 Wlz. Maar een thuisituatie kan ook een werklocatie, of sportlocatie zijn.

Lid 76: Waar in de regelgeving wordt gesproken over een 'SKION-centrum' wordt bedoeld op een centrum dat een SKION stratificatie heeft ontvangen voor een specifieke patiënt.

Lid 80: De koppeling tussen de individuele techniek en bijbehorende zorgactiviteitcode is beschreven in een tabel die beschikbaar is op de site van de NVvP. Deze bevat ook een registratie-instructie. Het registreren van meerdere zorgactiviteitcodes per inzending is alleen mogelijk, als de dit in deze instructie nader is gespecificeerd. Op het beheer van de tabel zijn afspraken tussen NVvP, ZN, NZa en ZIN van toepassing.

Artikel 26

Lid 2 onderdeel d: IC-dag type 1 en 2 verwijzen naar de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van ic-locaties binnen een regionaal ic-netwerk, zoals beschreven in de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care van 2016. Type 1 verwijst naar de kleine ic-locaties, die samenwerken met de grote ic-locaties. Type 2 verwijst naar de grote ic-locaties, die binnen het netwerk hun uitgebreide ervaring, kennis en expertise van de ziekenhuisinstelling delen met andere ic's.

Lid 4 onderdeel b: De prestatie 'Verkeerde bed' wordt ten laste van de Wlz gebracht. De prestatieomschrijving en het tarief sluiten dan ook aan bij de regels voor de Wlz.

Lid 5: Momenteel is er in Nederland één onafhankelijk, landelijk erkend expertisecentrum voor de beoordeling van aanvragen voor het starten of continueren van groeihormoonbehandelingen bij kinderen, te weten de Stichting Kind en Groei-LRG. Er is bewust voor gekozen om de naam van deze stichting niet expliciet in de NZa-regelgeving zelf op te nemen. Dit is gedaan om noodzakelijke wijziging van de regelgeving te voorkomen als in de toekomst bijvoorbeeld de naam van deze stichting wijzigt, of wanneer een andere instantie – in plaats van of naast Stichting Kind en Groei-LRG – met instemming van betrokken partijen soortgelijke beoordelingen uitvoert.

Artikel 27

Lid 1 sub b: Periodieke huisbezoeken (079986) betreffen in de regel huisbezoeken in het kader van de begeleiding van een antistollingsbehandeling. Incidentele huisbezoeken (079987) vinden in de regel plaats op verzoek van de huisarts.

Artikel 29

Lid 4: Deze prestatie heeft betrekking op meer dan enkel de verstrekking van kopieën uit het medisch dossier. Verstrekking van kopieën uit het medisch dossier geschiedt kosteloos, tenzij sprake is van een informatieverzoek dat buitensporig is, met name vanwege het repetitieve karakter ervan (zie ook artikel 12, vijfde lid, AVG).

Onder 'derden' worden geen zorgverzekeraars verstaan.

Lid 9: De prestaties 190288 en 190289 betreffen alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zvw valt. Verzekerden met een indicatie voor zorg op basis van de Wlz, zullen ook verpleging en verzorging ontvangen vanuit de Wlz. Slechts indien de verpleging bij Wlz cliënten onder directe aansturing van de medisch specialist plaatsvindt, valt deze binnen de aanspraak van de Zvw. Onder directe aansturing wordt verstaan dat de medisch specialist direct opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, waarbij het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld.



Artikel 30

Lid 1: De afleiding vindt plaats op basis van de beslisbomen, -tabellen, en -afsluitregels die gelden op het moment van opening van het subtraject.

Lid 2 onderdeel a: Onder input wordt de data verstaan die aan een grouper wordt aangeboden, zoals een subtraject en zorgactiviteiten.

Lid 2 onderdeel e: er wordt uitsluitend meta-informatie bewaard.

Artikel 31

Lid 2: Instellingen die kaakchirurgie leveren vallen volgens de aanwijzing integrale tarieven onder instellingen voor medisch-specialistische zorg.

Lid 6: In het rapport 'Beoordeling en verantwoording DBC pakket 2016 v20150701' is meer informatie te vinden over wie verantwoordelijk is voor de bekostiging van geneesmiddelen die worden geleverd in een instelling voor (geriatrische) revalidatiezorg, maar bij een andere indicatie behoren dan waarvoor de patiënt in de revalidatie instelling is opgenomen.

Lid 6 onderdeel d: Op grond van dit artikel mag een buiten Nederland geregistreerd geneesmiddel worden gedeclareerd met het ZI nummer van het Nederlandse product. Dit is een noodoplossing voor onverwachte, niet planbare situaties. Vanzelfsprekend registreert de zorgaanbieder in het medisch dossier het geneesmiddel dat daadwerkelijk aan de patiënt is verstrekt/toegediend.

Artikel 32

De invoering van integrale tarieven per 2015 heeft geleid tot aanpassing van de tot dan toe geldende definitie van 'onderlinge dienstverlening'. De reikwijdte van het begrip onderlinge dienstverlener is ruimer geworden, onder andere omdat het tot 1 januari 2015 bestaande zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist niet meer bestaat. Zorg geleverd door een vrijgevestigd medisch specialist ten behoeve van een zorgverlener valt per 2015 onder de definitie van onderlinge dienstverlening. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening') vastgesteld met een vrij tarief. Dit houdt in dat hiermee alle denkbare (deel)prestaties respectievelijk activiteiten in rekening mogen worden gebracht die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden. Hiermee wordt het voor zorgaanbieders mogelijk om zelf te kiezen voor een vorm van vergoeding voor over en weer verleende diensten en geleverde prestaties.

Lid 6 sub d: De wijze waarop de aanvullende afspraken in de praktijk vorm wordt gegeven is aan partijen zelf, evenals de inhoud van de afspraken; de NZa treedt hier niet sturend in op. Het behoort bijvoorbeeld ook tot de mogelijkheden dat de zorgverzekeraar(s), die marktlieder(s) is/zijn bij een van de betrokken zorginstellingen, aanvullende afspraken overeenkomt/overeenkomen en dat de overige zorgverzekeraars zich hier bij aansluiten.

Artikel 33

lid 14: De looptijd van het behandelprotocol voor hemato-oncologie middel en zwaar is twee jaar en voor de overige SKION behandelingen één jaar.

Artikel 34a

Lid 10: Als een zorgverlener een geneesmiddel toepast dat niet als add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor is opgenomen in de G-standaard, dan declareert de zorgverlener het geneesmiddel als onderdeel van een dbc-zorgproduct.

Lid 11: De toeslag in verband met chronische beademing betreft een vergoeding voor de extra middelen en de aanwezigheid van extra daartoe specifiek geschoold personeel, noodzakelijk voor het opvangen van calamiteiten die zich tijdens en als gevolg van de chronische beademing kunnen voordoen. Daarnaast bevat de toeslag een vergoeding voor de materiele kosten (toegediende zuurstof) voor de chronische beademing.

De toeslag is van toepassing voor iedere dag dat de patiënt gebruik maakt van beademing (dus ook gedeeltelijk gebruik: enkele uren per dag). Wanneer er sprake is van afbouw van beademing tot volledig stoppen van beademing, is de toeslag van toepassing voor de dagen dat er (gedeeltelijk) gebruik is gemaakt van beademing.



Artikel 34b

Lid 14 en 15: Een aanvraag (voor één zorgvraag) van de eerste lijn kan ook meerdere (type) onderzoeken bevatten. In dat geval mag slechts éénmaal een ordertarief worden vastgelegd en gedeclareerd.

Ter illustratie:

Situatie A: de huisarts vraagt twee MRI scans aan;

Situatie B: de huisarts vraagt een MRI en een Röntgen scan aan;

in beide situaties mag éénmaal een ordertarief worden vastgelegd en gedeclareerd.

Artikel 34c

Van klinische fysiotherapie is sprake als een patiënt fysiotherapie ontvangt tijdens een klinische opname.

Aangezien de tarieven van de dbc-zorgproducten zijn opgeschoond voor poliklinische fysiotherapie, wordt poliklinische fysiotherapie, ook wanneer deze niet op verzoek van de eerste lijn wordt uitgevoerd, naast de dbc-zorgproducten gedeclareerd.

Artikel 34d

Lid 5: Met het afronden van het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten wordt bedoeld dat bijvoorbeeld voor dertien minuten zorg geleverd, vijftien minuten worden gedeclareerd en voor zes uur en twaalf minuten zorg geleverd, zes uur en tien minuten wordt gedeclareerd.

Artikel 36

Lid 1 onder m punt 7: Er is geen nieuwe verwijzing van een eerstelijnszorgaanbieder 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.

Lid 1 onder m punt 8: Dit type verwijzer wordt ook 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.

Lid 1 onder r: Over het vermelden van de uitvoerder bij de zorgactiviteit kunnen in het kader van taakherschikking lokale afspraken worden gemaakt. Voor een selectie van de zorgaanbieders geldt vanaf 1 januari 2016 een verplichting om de AGB-code te registreren bij declaratie. Hierbij wordt de volledige AGB-code van de zorgverlener geregistreerd (8 posities, zoals uitgegeven door Vektis).

Artikel 37

Lid 1 onderdeel d: De gebruikte eenheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Lid 1 onderdeel f: Bij de declaratie van een (doorgeleverde) bereiding die bestaat uit een deel van een add-ongeneesmiddel, wordt het ZI-nummer van het bronproduct (add-ongeneesmiddel) op de declaratie vermeld. Dit geldt ook als er een aparte ZI-code bestaat voor de (doorgeleverde) bereiding.

Lid 1 onderdeel m: Met ingang van 1 januari 2017 is de indicatie geen onderdeel meer van een add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor prestatie. Dit betekent dat deze geneesmiddelen, ongeacht de indicatie, als add-on/ozp-stollingsfactor gedeclareerd moeten worden. Tegelijkertijd is de zorgaanbieder verplicht de indicatie, waarvoor het add-ongeneesmiddel/de ozp-stollingsfactor wordt ingezet, te vermelden op de factuur aan de zorgverzekeraar.

Onder 'indicatie' wordt verstaan:

- een on-label indicatie zoals opgenomen in de G-standaard, of
- een off-label indicatie zoals opgenomen in de G-standaard.

Onder 'on-label' wordt in deze beleidsregel verstaan: een indicatie waarvoor de Nederlandse of Europese registratieautoriteit een handelsvergunning heeft afgegeven ('geregistreerde indicatie'), zoals opgenomen in de registratietekst (bijlage 1 Samenvatting van de productkenmerken van de EPAR, artikel 4.1 'Therapeutische indicaties') behorend bij het te declareren geneesmiddel of, indien er meerdere producten zijn met dezelfde werkzame stof, behorend bij een ander dan het te declareren geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Het voorgaande betekent dat de zorgaanbieder een indicatie zoals opgenomen in de SmPC tekst van geneesmiddel 1 vermeldt op de factuur bij de



declaratie van geneesmiddel 2, indien dit de indicatie is waarvoor het geneesmiddel 2 aan de patiënt is verstrekt.

Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om een nog niet in de G-standaard opgenomen off-label indicatie aan te melden als off-label indicatie bij het CIBG. De coördinatie hiervan verloopt via de Federatie van Medisch Specialisten (FMS).

Lid 3: Indien een patiënt en een zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling hebben ondertekend, ontslaat dit de zorgaanbieder niet van de verplichting de betreffende zorgactiviteit(en) of indicatie(s), tezamen met een kopie van de ondertekende privacyverklaring, in zijn informatiesysteem vast te leggen (te registreren). Deze registratieverplichting geldt voor een periode van ten minste vijf jaar. De zorgaanbieder is gedurende deze periode verplicht de privacyverklaring op eerste verzoek van de zorgverzekeraar in diens bezit te stellen. Inzage door de zorgverzekeraar in de geregistreerde zorgactiviteit(en) en/of indicatie(s) bij aanwezigheid van een geldige privacyverklaring is slechts voorbehouden aan een medisch adviseur, dan wel een persoon die onder directe verantwoordelijkheid van die medisch adviseur handelt.

Artikel 38

Lid 3: De onderdelen die in deze bepalingen worden genoemd vormen de onderdelen zoals opgenomen in het sjabloon. Zorgverleners mogen 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.

Lid 4: 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 39

Onder wijzigingen in de bedrijfsvoering vallen onder andere wijzigingen in NAW-gegevens, KvK-inschrijving, et cetera.

Onder wijzigingen in de organisatiestructuur vallen onder andere samengaan/fusie met andere solist of instelling, beëindiging van de bedrijfsactiviteiten, faillissement, et cetera.



BIJLAGEN

Bijlage 1 Overzicht dbc-zorgproducten

Bijlage 2 Typeringslijst per specialisme

Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel

Bijlage 4 Overzicht overige zorgproducten

Bijlage 5 Afsluitregelstabel

Bijlage 6 Diagnose-combinatietabel

Bijlage 7 Overzicht zorgactiviteiten op nota

Bijlage 8 Privacyverklaring

Bijlage 9 Overzicht dbc-zorgproducten op nota

Bijlage 10 Sjabloon standaard prijslijst

Bijlage 11 Toelichting regels afleiding

Bijlage 12 Indeling kaakchirurgie prestaties naar productgroepen

Deze bijlagen liggen ter inzage bij de NZa