

Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-23113a

Vastgesteld op 13 september 2022

Grondslag

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, onder a en b van de Wmg, heeft de Minister van VWS met brief van 27 juni 2011, met kenmerk MC-U-3070826, brief van 25 juli 2011, met kenmerk MC-U-3073582, brief van 30 augustus 2011, met kenmerk MC-U-3078436 en brief van 26 juni 2012, met kenmerk MC-U-3119631, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Gelet op artikel 7 van de Wmg, heeft de Minister van VWS met brief van 21 mei 2014, met kenmerk 371987-120847-MC en met brief van 29 november 2016, met kenmerk 1051065-157688-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een algemene aanwijzing aan de NZa gegeven.

Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

a. *Add-on*

- Een overig zorgproduct (ozp), dat uiteenvalt in vier categorieën:
- zorg op de intensive care (ic), uitgedrukt in zorgactiviteiten en behorend bij een dbc-zorgproduct (add-on IC)
- een limitatief aantal geneesmiddelen en stollingsfactoren, elk gekoppeld aan een ZI-nummer (add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren);
- een aantal specifieke prestaties met aanvullende voorwaarden (add-on overig);
- een facultatieve prestatie voor medisch-specialistische zorg behorend bij een dbc-zorgproduct (add-on facultatieve prestatie).

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. *Apotheekbereiding*

Een bereiding van een geneesmiddel door de apotheek. Het aanpassen van geregistreerde geneesmiddelen tot andere sterktes of toedieningsvormen en het voor toediening gereed maken (VTGM) van geregistreerde geneesmiddelen vallen niet onder deze begripsbepaling.

d. *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.

e. *Dbc-zorgproduct*

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

f. *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).

g. *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.

h. *Dbc-zorgproductgroepcode*

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

i. *Declaratiedataset*

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

j. *(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.

k. *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.

l. *Diagnose-combinatietabel*

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

m. *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.

n. *Equivalente geneesmiddelen*

Hiermee worden geneesmiddelen bedoeld met eenzelfde werkzame stof en toedieningsvorm die, in therapeutische zin, voor overwegend dezelfde patiëntenpopulatie kunnen worden voorgeschreven en ingezet.

o. *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.

p. *Facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg*

Een overig zorgproduct (ozp) met een vrij tarief, dat door de NZa is vastgesteld op basis van een tussen ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar schriftelijk overeengekomen prestatie voor medisch-specialistische zorg. De facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg kent twee subcategorieën: de add-on facultatieve prestatie en de losse facultatieve prestatie.

q. *Gereguleerd segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

r. *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.

s. *Hoofdbehandelaar*

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

t. *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.

u. *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.

v. *Instelling*

Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent of doet verlenen, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, of een natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen, met uitzondering van een instelling die binnen het kader van de binnen een andere instelling verleende zorg een deel van die zorg verleent.

w. *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.

x. *Kostendrager*

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

y. *Macrokader medisch-specialistische zorg*

Financieel kader vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). VWS stelt jaarlijks één integraal macrokader vast voor zorgverleners van medisch-specialistische zorg.

z. *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.

aa. *Medisch-specialistische zorg*

Bij ministeriële regeling aangewezen zorg die door een arts wordt verleend en valt binnen de bijzondere deskundigheid van artsen aan wie de bevoegdheid toekomt tot het voeren van een wettelijk erkende specialistentitel als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele

gezondheidszorg, met inbegrip van gespecialiseerde mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg.

bb. 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.

cc. 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).

dd. Onverzekerde zorg

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

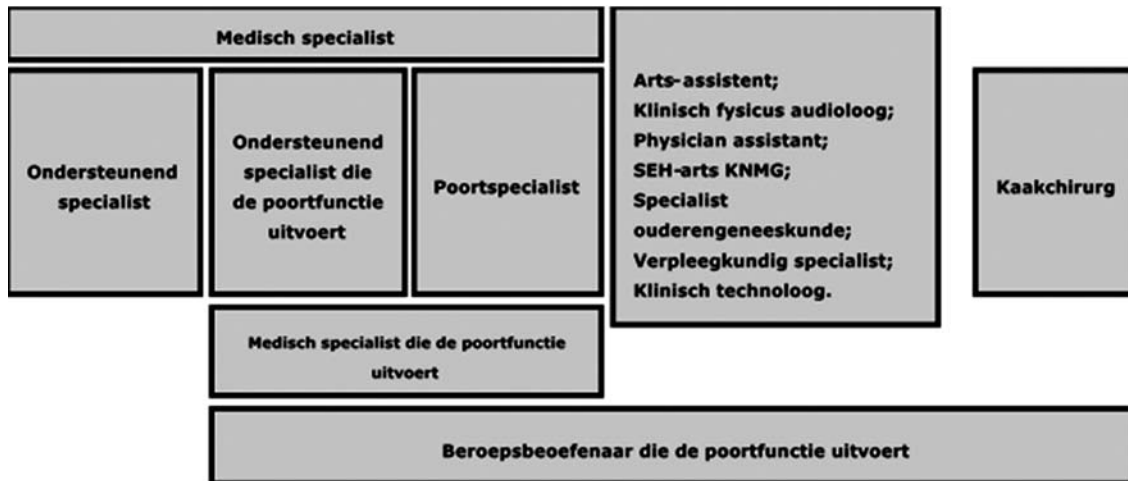
ee. Overig zorgproduct (ozp)

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

ff. Poortfunctie

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

Figuur 1 Overzicht beroepsbeoefenaren



Bron: NZa

gg. 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), heekunde/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 (8416).

hh. Prestatie

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

ii. 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.



jj. Specialist ouderengeneeskunde

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

kk. Subtraject

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

ll. Typeringslijst

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

mm. Uitvalproduct

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

nn. Vervallen

oo. Verzekerde zorg

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

pp. Vrij segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

qq. Vrij tarief

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

rr. Weegfactor

Factor om ongewogen behandeltime om te zetten naar gewogen behandeltime.

ss. Zorgaanbieder

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

tt. 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.

uu. Zorgproduct

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

vv. Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een dbc-zorgproduct.

ww. 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.

xx. Zorgverlener

Instelling of solist.

Artikel 2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheden ten aanzien van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden. Doel van dit beleid is het bewerkstelligen van een evenwichtige set prestaties en tarieven voor deze categorieën van zorg, waarmee de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van die zorg wordt geborgd.

Artikel 3. Reikwijdte

1. Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg 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.
2. Deze beleidsregel is voorts van toepassing op mondzorg als bedoeld in artikel 2.7 Bzv, voor zover deze wordt geleverd door kaakchirurgen.
3. Onder de zorg genoemd in het eerste en tweede lid wordt in het kader van deze beleidsregel zowel verzekerde als onverzekerde zorg begrepen.

4. Deze beleidsregel is niet van toepassing op abortuszorg, voor zover geleverd door abortusklinieken.

HOOFDSTUK I PRESTATIES

Artikel 4. Prestatiebeschrijvingen

Prestaties binnen de medisch-specialistische zorg worden door de NZa – in beginsel jaarlijks – vastgesteld in de ‘Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg’. Prestaties worden onderscheiden in dbc-zorgproducten en overige zorgproducten.

Artikel 5. Dbc-zorgproducten

1. De NZa verdeelt de zorg in zorgactiviteiten. Iedere zorgactiviteit wordt voorzien van een unieke zorgactiviteitscode en is enkelzijdig omschreven.
2. Alle geldende zorgactiviteiten worden vermeld in de zorgactiviteiten tabel (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza). Bij de toepassing van bepaalde zorgactiviteiten gelden registratieregels. Deze registratieregels zijn opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg.
3. Bij de afleiding naar een dbc-zorgproduct kan een weegfactor van toepassing zijn. Door een weegfactor wordt in de afleiding een zwaarte toegekend aan een zorgactiviteit. Dit bepaalt mede naar welk dbc-zorgproduct wordt afgeleid.
4. Een dbc-zorgproduct omvat het geheel van zorgactiviteiten van een zorgverlener in het kader van de zorgvraag van de patiënt. De dbc-zorgproducten zijn weergegeven in de zorgproducten tabel (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza).
5. De NZa stelt in de beslisboom vast welke zorgactiviteiten, die geregistreerd zijn binnen een subtraject, afleiden tot een prestatie en welk dbc-zorgproduct mag worden gedeclareerd.
6. Dbc-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende dbc-zorgproductgroepen op basis van de hoofdstukken en subhoofdstukken van de ICD-10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot dbc-zorgproducten.
7. Zolang zorg niet in te delen is op basis van de ICD-10-hoofdstukken, kan deze zorg worden ingedeeld in Pre-MDC zorgproductgroepen.
8. Ieder dbc-zorgproduct krijgt een dbc-zorgproductcode met negen posities, samengesteld uit de dbc-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke dbc-zorgproduct binnen de dbc-zorgproductgroep (drie posities).
9. Aan elke dbc-zorgproductcode wordt een declaratiecode verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities aangeven:
 - of er sprake is van zorg binnen het gereguleerde of vrije segment;
 - of de mogelijkheid bestaat tot aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering. Hierbij kan een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx alsnog door de zorgverzekeraar worden afgewezen voor vergoeding. Het oordeel van de zorgverzekeraar of het Zorginstituut is leidend als het gaat om de aanspraak. Meer informatie hierover is te vinden in de Handleiding dbc-systematiek. Zie tabel 1 voor een verdeling van de eerste twee posities van de declaratiecode.

Tabel 1: Declaratiecode

		Vrij segment
(Mogelijk)aanspraak vanuit Basisverzekering Gereguleerd segment	14xxxx	15xxxx
Geen aanspraak basisverzekering	16xxxx	17xxxx
Onder voorwaarden aanspraak basisverzekering	14xxxx/16xxxx	15xxxx/17xxxx

10. Bij één declaratiecode kunnen (onder een eventueel maximumtarief) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder meerdere prijsafspraken worden gemaakt (prijsdifferentiatie).
11. Alle dbc-zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de ‘Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg’ en omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. De door de NZa vastgestelde dbc-zorgproducten zijn



weergegeven in de zorgproducten tabel (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza).

Artikel 6. Subtraject

1. Een gestart zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten die leiden tot een declarabel dbc-zorgproduct of een uitvalproduct (niet-declarabel product).
2. Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de prestatiebeschrijving wordt een subtraject onderscheiden op basis van een drietal componenten:
 - a Zorgtype
De volgende zorgtypes worden onderscheiden:
 - ZT11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
 - ZT21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
 - ZT13: subtraject bij een intercollegiaal consult (icc). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
 - ZT51: subtraject voor opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ZT52: subtraject voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ZT41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek.
 - b Zorgvraag
Bij de volgende specialismen speelt de component zorgvraag een rol bij het typeren van een subtraject:
 - kindergeneeskunde/neonatologie;
 - neurologie;
 - revalidatiegeneeskunde;
 - consultatieve psychiatrie, en
 - radiotherapie.Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.
 - c Diagnose
De diagnose geeft weer hoe de geleverde zorg binnen een subtraject het best wordt getypeerd.
3. De diagnosecodes zijn opgenomen in de typeringslijsten per specialisme (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza).

Artikel 7. Overige zorgproducten

1. De prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd.
2. Overige zorgproducten bestaan uit vijf hoofdcategorieën. Iedere hoofdcategorie is onderverdeeld in subcategorieën. In tabel 2 is een overzicht opgenomen.

Tabel 2: Onderverdeling overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-ongeneesmiddelen
	Overig traject
	Add-on ic
	Ozp-stollingsfactoren
	Add-on overig
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinische chemie en haematologie
	Microbiologisch onderzoek en Parasitologie
	Overige laboratorium verrichtingen
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Medisch-specialistische behandeling en diagnostiek
	Pathologie

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Diëtetiek
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg
	Bijzondere oogheelkunde
	Bijzondere tandheelkunde
	Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Medisch-specialistische beademingszorg
	Onderlinge dienstverlening
	Pathologie
	Planningsvergelijking protonen- en fotonentherapie
	Prenatale screening
	Regiefunctie complexe wondzorg
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
	Trombosezorg
	Verpleging in thuissituatie
5. Facultatieve prestaties msz	Add-on facultatieve prestatie
	Losse facultatieve prestatie

- Facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg vormen een aparte hoofdcategorie binnen het cluster overige zorgproducten. Deze hoofdcategorie valt uiteen in twee subcategorieën: a) de add-on facultatieve prestatie en b) de losse facultatieve prestatie.
Facultatieve prestaties die behoren tot subcategorie a maken deel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct, maar worden separaat gedeclareerd. Bij add-on facultatieve prestaties is dus altijd sprake van een relatie met een zorgtraject, resp. dbc-zorgproduct. Een add-on facultatieve prestatie mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'eerder dan declaratie van het dbc-zorgproduct' in rekening worden gebracht.
Facultatieve prestaties die behoren tot subcategorie b worden eveneens los gedeclareerd, maar maken géén onderdeel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct.
Qua inhoud kunnen facultatieve prestaties msz, ongeacht tot welke subcategorie zij behoren, betrekking hebben op alle zorg die onder de reikwijdte van deze beleidsregel valt, met uitzondering van de supplementaire producten 'add-on geneesmiddelen' en 'ozp-stollingsfactoren'. De inhoud van de facultatieve prestatie wordt in eerste instantie bepaald door de partijen die hiertoe een aanvraag bij de NZa indienen. De procedure en voorwaarden die gelden bij het indienen van een aanvraag voor een facultatieve prestatie msz zijn vastgelegd in artikel 12 van deze beleidsregel.
- Alle overige zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen

worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg' en omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in het 'Overzicht overige zorgproducten' dat als bijlage aan de Regeling medisch-specialistische zorg is gekoppeld (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza)

5. In afwijking van het vorige lid geldt dat voor facultatieve prestaties separate beschikkingen worden vastgesteld. Zij maken dus geen deel uit van de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg. Ook zijn de facultatieve prestaties, op een drietal uitzonderingen voor eerstelijnsdiagnostiek na, niet omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg, maar in de beschikking die voor de facultatieve prestatie is vastgesteld. Omdat facultatieve prestaties behoren tot de categorie overige zorgproducten worden zij ook opgenomen in het 'Overzicht overige zorgproducten' dat als bijlage aan de Regeling medisch-specialistische zorg is gekoppeld.

Artikel 7a. Beschrijvingen van overige zorgproducten

1. De hoofdcategorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een dbc-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden.
 - a Add-ons ic zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten. De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons ic:
Zorgtype 51: zorgtrajecten voor opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist. De add-on ic is gekoppeld aan het dbc-zorgproduct van deze poortspecialist.
Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
Het tarief voor de ic-dag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op ic-patiënten die behandeld worden op de ic.
 - b Een add-ongeneesmiddel is een overig zorgproduct, dat is gekoppeld aan een ZI-nummer en behoort bij een zorgtraject. In hoofdstuk II van deze beleidsregel wordt het beleid met betrekking tot add-ongeneesmiddelen uiteengezet.
 - c Een ozp-stollingsfactor is een overig zorgproduct, dat is gekoppeld aan een ZI-nummer. In hoofdstuk II van deze beleidsregel wordt het beleid met betrekking tot ozp-stollingsfactoren uiteengezet.
 - d Een overig traject is een overig zorgproduct voor aaneengesloten trajecten, uitgedrukt per dag, die in plaats van een reguliere verpleegdag en naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd mag worden.
 - e Add-ons overig zijn overige zorgproducten, waarbij het wenselijk is om de relatie tussen het overig zorgproduct en het dbc-zorgproduct aan te tonen.
2. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie eerstelijnsdiagnostiek worden uitgedrukt in (diagnostische) prestaties die los gedeclareerd worden.
3. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie paramedische behandeling en onderzoek worden uitgedrukt in prestaties die los gedeclareerd worden.
4. Een overig zorgproduct uit de hoofdcategorie overige verrichtingen wordt uitgedrukt in een prestatie die los gedeclareerd worden.
 - a De prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie zijn ingedeeld in negen medisch inhoudelijke productgroepen, te weten:
 - I Consultatie
 - II Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties
 - III Dentoalveolaire chirurgie
 - IV Kaakgewrichtspathologie
 - V Preprothetische chirurgie
 - VI Traumatologie
 - VII Oncologie/reconstructie
 - VIII Chirurgie
 - Harde weefsels/Orthognathie
 - Weke delen
 - Speekselklierchirurgie
 - Aangezichts- en cosmetische chirurgie
 - IX KostenvergoedingenIn Bijlage 3 van de Regeling medisch-specialistische zorg is per prestatie weergegeven tot welke productgroep de prestatie behoort.
 - b Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (199800 t/m 199802)
Instellingen voor medisch-specialistische zorg, waarin tenminste 1,0 fte tandartsen in de functie van bijzondere tandheelkunde werkzaam zijn, kunnen een individueel stoeluurtarief

aanvragen bij de NZa (prestatie 199800). Dit verzoek dient mede ondertekend te zijn door de betrokken zorgverzekeraars.

- c De rekenorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor kleinere instellingen ($1,0 \leq \text{fte tandarts} < 2,0$) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.
De rekenorm is minimaal 1.106 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandarts) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele stoeluren per werkdag.
Voor de onderbouwing van het gezamenlijk aangevraagde individuele stoeluurtarief bijzondere tandheelkunde, dient de berekeningssystematiek aangehouden te worden zoals vermeld in de Beleidsregel Bijzondere tandheelkunde instellingen.

Artikel 8. Onderlinge dienstverlening

1. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een dbc-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.
2. Alle denkbare (delen van) dbc-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

HOOFDSTUK II PROCEDURE DBC-PRODUCTSTRUCTUUR EN OVERIGE ZORGPRODUCTEN

Artikel 9. Algemeen

1. De procedure omtrent wijzigingen van de dbc-productstructuur en overige zorgproducten staat beschreven in de Beleidsregel toetsingskader dbc-systeem.
2. Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere procedure, die is beschreven in de artikelen 10 tot en met 11 van deze beleidsregel.

Artikel 10. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) die als overige zorgproducten in rekening worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het geneesmiddel zoals opgenomen in de G-standaard.
2. Voor de vaststelling van een geneesmiddel als 'add-ongeneesmiddel' of 'ozp-stollingsfactor' hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:
Bij een geregistreerd geneesmiddel:
 - De kosten van het geregistreerde geneesmiddel, die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen, bedragen gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar, en
 - Voor het geneesmiddel is een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit. De NZa dient te beschikken over de openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel, en
 - Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van Z-index.Of
Bij een apotheekbereiding:
 - Het betreft een apotheekbereiding waarbij de apotheek op basis van grondstoffen een geneesmiddel bereidt; en
 - De kosten voor de apotheekbereiding die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen, gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar bedragen of waarvan voor een geregistreerd equivalent een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor geldig is. Onder 'kosten' wordt hier verstaan: de kosten die onderdeel zijn van de kostprijs zoals beschreven in artikel 15 lid 2 van deze beleidsregel, en
 - De apotheekbereiding is opgenomen in de G-standaard van Z-index.
3. Een add-on aanvraag wordt toegewezen, ook als niet aan het criterium van de kostendrempel als bedoeld in het tweede lid wordt voldaan, wanneer het niet honoreren van de aanvraag mogelijk leidt tot een ongelijk speelveld.
4. Een add-on aanvraag wordt afgewezen, ook als aan het criterium van de kostendrempel als

bedoeld in het tweede lid wordt voldaan, wanneer het honoreren van de aanvraag mogelijk leidt tot een ongelijk speelveld.

5. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum dat de handelsvergunning bedoeld in het tweede lid is ingetrokken. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.
6. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

Artikel 11. Procedure tot vaststelling, wijziging of intrekking van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor

1. De NZa besluit voor welke geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) een add-on of een ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, gewijzigd of ingetrokken. Zo'n besluit kan op twee manieren tot stand komen:
 - op aanvraag (via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar);
 - ambtshalve.
2. Vaststelling van een add-ongeneesmiddel en ozp-stollingsfactor gebeurt op het niveau van;
 - het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard, in het geval van een geregistreerd geneesmiddel, of
 - de combinatie van werkzame stof en toedieningsvorm zoals opgenomen in de G-standaard, in het geval van een apotheekbereiding.
3. De NZa neemt een aanvraag voor een add-ongeneesmiddel, of ozp-stollingsfactor, slechts in behandeling indien aan de volgende vereisten is voldaan:
 - De aanvraag is tweezijdig: tenminste één zorgaanbieder en tenminste één zorgverzekeraar hebben de aanvraag ondertekend en ingediend, en;
 - De aanvraag is gedaan met behulp van het 'Formulier aanvraag add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor', of 'Formulier intrekking add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor'. Het formulier dient volledig en naar waarheid te zijn ingevuld.
4. Voor geregistreerde geneesmiddelen met dezelfde stofnaam, farmaceutische vorm en sterkte (zelfde GPK-niveau) is geen aanvraag vereist. Deze geneesmiddelen verkrijgen automatisch, via een ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.
5. Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) mag een aanvraag tot vaststelling van een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor, voor een nog te registreren geneesmiddel, worden ingediend. Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient aanvullend het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. De NZa houdt in zo'n geval het besluit over een ingediende aanvraag aan tot het moment dat voor het geneesmiddel een handelsvergunning is afgegeven. Een aanvraag is niet compleet (onvolledig), indien de NZa geen openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel heeft ontvangen.
6. Na ontvangst van de aanvraag stelt de NZa gedurende een termijn van twee weken de volgende partijen in de gelegenheid een schriftelijke zienswijze in te dienen:
 - vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN);
 - de registratiehouder (fabrikant) van het geneesmiddel waar de aanvraag betrekking op heeft; of in het geval van een apotheekbereiding de registratiehouder (fabrikant) van het geregistreerde equivalent van de apotheekbereiding, indien zo'n equivalent bestaat.
7. De NZa betreft de zienswijzen bedoeld in het vorige lid bij haar besluitvorming.
8. De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het derde lid een besluit met inachtneming van de geldende beslisttermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
9. Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg.

10. Het besluit bedoeld in het achtste lid wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt schriftelijk verstuurd aan de aanvragende partijen. In de G-standaard komt tot uiting voor welke geneesmiddelen een add-on en ozp-stollingsfactor is vastgesteld.
11. Een besluit bedoeld in het achtste lid treedt niet eerder in werking dan de datum waarop Z-Index het betreffende add-ongeneesmiddel of de ozp-stollingsfactor, voorzien van het tarief, heeft opgenomen in de G-standaard en deze gewijzigde versie van de G-standaard heeft gepubliceerd.
12. Bij een besluit tot intrekking van een add-on-geneesmiddel of ozp-stollingsfactor, is de datum van inwerkingtreding 1 januari van jaar t, mits de aanvraag tot intrekking uiterlijk 31 maart van jaar t-1 is ingediend. Wordt de aanvraag tot intrekking na 31 maart van jaar t-1 ingediend, dan schuift de datum van inwerkingtreding door naar 1 januari van jaar t+2.
13. De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil niet zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 12. Aanvraagprocedure facultatieve prestatie msz

1. Een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg (msz) wordt aangevraagd via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar.
2. De aanvraag wordt ingediend met gebruikmaking van het 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie msz'. De NZa stelt dit formulier beschikbaar via haar website.
3. Het formulier wordt volledig ingevuld en ondertekend. Wanneer een formulier niet volledig is ingevuld, of andere indieningsgebreken heeft, stelt de NZa de aanvragers in de gelegenheid om binnen een termijn van twee weken het gebrek in de aanvraag te herstellen. De NZa kan deze termijn ten hoogste twee keer verlengen met twee weken. Wanneer na het verstrijken van deze termijn het gebrek niet is hersteld, kan de NZa besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.
4. Na ontvangst van een volledige aanvraag neemt de NZa een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
5. Het besluit wordt digitaal (per e-mail) verzonden. Op verzoek van de aanvragers wordt het besluit ook schriftelijk (per post) verzonden. Het besluit waarmee de facultatieve prestatie is vastgesteld, wordt gepubliceerd op de website van de NZa en in de Staatscourant wordt kennisgeving gedaan van de terinzagelegging van het besluit.
6. De facultatieve prestatie kan na vaststelling en inwerkingtreding worden gebruikt door alle zorgaanbieders die onder de reikwijdte van de Regeling medisch-specialistische zorg vallen, mits zij voldoen aan het in deze regeling opgenomen contractvereiste in relatie tot de facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg.
7. Het besluit waarmee de facultatieve prestatie wordt vastgesteld, wordt door de NZa verwerkt in de zorgactiviteitentabel behorend bij het eerste msz-releasepakket volgend op de datum van inwerkingtreding van dat besluit.

Artikel 12a. Voorwaarden bij indiening van een aanvraag facultatieve prestatie msz

1. Een aanvraag voor een facultatieve prestatie voldoet, naast de criteria genoemd in artikel 12b, eerste, tweede en zesde lid, aan de onderstaande cumulatieve voorwaarden:
 - a. de aanvragers geven aan of de aanvraag betrekking heeft op een add-on facultatieve prestatie, of op een losse facultatieve prestatie als bedoeld in artikel 7, derde lid;
 - b. de aanvragers geven aan of er bestaande prestaties (dbc-zorgproducten of overige zorgproducten) zijn die vanwege het risico op dubbele bekostiging niet in combinatie met de facultatieve prestatie in rekening kunnen worden gebracht en zo ja, welke prestaties dit zijn;
 - c. de aanvragers geven aan of zij verwachten dat door de komst van de facultatieve prestatie een landelijke verschuiving plaatsvindt van (gedeclareerde) dbc-zorgproducten naar (gedeclareerde) ozp's. Zo ja, dan geven de aanvragers ook aan of zij verwachten dat de daarmee gemoeide geldbedragen op macroniveau (landelijk) meer dan € 1 miljoen op jaarbasis bedragen;

- d. de aanvragers verklaren dat declaraties van de beoogde facultatieve prestatie herleidbaar zijn tot het niveau van de individuele verzekerde.

Artikel 12b. Toetsingscriteria en overig beleid m.b.t. de facultatieve prestatie msz

1. De NZa onthoudt goedkeuring aan een aanvraag voor een facultatieve prestatie, indien:
 - a. de zorg waarop de beoogde facultatieve prestatie betrekking heeft een nieuwe vorm van zorg betreft waarvoor via de reguliere dbc-systematiek (nog) geen bekostiging bestaat. Voor dergelijke gevallen staat de reguliere wijzigingsverzoekprocedure open, die is beschreven in de beleidsregel Toetsingskader wijzigingsverzoeken dbc-systeem msz (BR/REG-19164), of – wanneer de nieuwe vorm van zorg nog een experimenteel karakter heeft – kan een tijdelijke betaaltitel worden aangevraagd op grond van de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-19158). Een aanvraag om een facultatieve prestatie moet dus altijd betrekking hebben op een vorm van bestaande zorg die reeds via de dbc-systematiek wordt bekostigd, maar waarvoor deze reguliere bekostiging voor de aanvragers tekortschiet of niet passend is; of
 - b. de zorg waarop de beoogde facultatieve prestatie betrekking heeft, onverzekerde zorg betreft. Bij onverzekerde zorgprestaties staat immers op voorhand vast dat partijen geen invulling kunnen geven aan het contractvereiste (zie artikel 34, vierde lid, Regeling medisch-specialistische zorg), dat op het gebruik van de facultatieve prestatie van toepassing is.
2. De NZa kan goedkeuring aan een aanvraag voor een facultatieve prestatie onthouden, indien:
 - a. uit de aanvraag niet of onvoldoende blijkt dat het omschreven bekostigingsprobleem lokaal of regionaal van aard is (maar een overwegend landelijk karakter heeft), dan wel dat uit de aanvraag blijkt dat van een daadwerkelijk bekostigingsprobleem geen sprake is; of
 - b. uit de aanvraag blijkt dat deze een (potentieel) landelijk karakter heeft in combinatie met een duidelijke onderzoekscomponent, waarbij er ten aanzien van de zorg waarvoor de facultatieve prestatie is aangevraagd nog vragen leven over de toegevoegde waarde ten opzichte van de reguliere bekostiging op basis van de dbc-systematiek. Deze vragen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de doelmatigheid, kwaliteit of (kosten)effectiviteit van de zorg waarop de aanvraag betrekking heeft. Wanneer een aanvraag voor een facultatieve prestatie op deze grond wordt afgewezen, kan voor deze zorg mogelijk toch een (tijdelijke) betaaltitel worden vastgesteld op grond van de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-19158).
3. Wanneer de NZa heeft vastgesteld dat het in de aanvraag om vaststelling van een facultatieve prestatie beschreven bekostigingsprobleem geen lokaal, maar een landelijk karakter heeft en dit probleem een directe relatie heeft met tekortkomingen in de bestaande bekostiging op basis van de dbc-systematiek, kan de NZa besluiten ambtshalve over te gaan tot wijziging van de bestaande bekostiging. Deze wijziging kan inhouden dat de bestaande prestatie(s) wordt/worden aangepast, c.q. herschreven, of dat één of meer geheel nieuwe prestaties worden vastgesteld. Op dergelijke wijzigingen is de procedure voor wijzigingsverzoeken als bedoeld in de beleidsregel Toetsingskader wijzigingsverzoeken dbc-systeem msz (BR/REG-19164) van toepassing. In plaats van ambtshalve wijziging door de NZa, kunnen aanvragers – in afstemming met de NZa – er voor kiezen zelf een wijzigingsverzoek als bedoeld in de beleidsregel Toetsingskader wijzigingsverzoeken dbc-systeem msz in te dienen. De aanvraag om vaststelling van een facultatieve prestatie bedoeld in de eerste zin wordt, zowel bij ambtshalve wijziging door de NZa als bij indiening van een regulier wijzigingsverzoek door de aanvragers, niet gehonoreerd.
4. De NZa kan ook tot ambtshalve wijziging van de bestaande bekostiging op basis van de dbc-systematiek overgaan wanneer zij ten aanzien van in werking getreden facultatieve prestaties na verloop van tijd heeft vastgesteld dat het gebruik van deze prestaties het lokale of regionale karakter is ontstegen en op landelijk niveau door zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt toegepast. Ook hierop is de procedure voor wijzigingsverzoeken als bedoeld in de beleidsregel Toetsingskader wijzigingsverzoeken dbc-systeem msz (BR/REG-19164) van toepassing.
5. Vanaf de datum waarop als gevolg van de situatie beschreven in het vierde lid, een gewijzigde of nieuwe prestatie op basis van de bestaande dbc-bekostigingssystematiek in werking treedt, wordt de hiermee corresponderende facultatieve prestatie beëindigd. In de beschikking waarmee een facultatieve prestatie is vastgesteld, wordt een voorschrift van deze strekking opgenomen. De beëindiging van de facultatieve prestatie wordt geëffectueerd door het verwijderen van de aan deze prestatie gekoppelde za-code uit de ict-tabellen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die ten aanzien van de hier bedoelde categorie facultatieve prestaties contracten hebben gesloten waarvan de contractsduur doorloopt na de datum waarop de gewijzigde of nieuwe prestatie op basis van de landelijke dbc-systematiek in werking is getreden, kunnen aan die enkele omstandigheid geen recht op voortgezet gebruik van de betreffende facultatieve prestatie ontleen.

6. Tenslotte onthoudt de NZa, met inachtneming van artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht, goedkeuring aan een aanvraag voor een facultatieve prestatie, indien:
 - a. deze, ook na een door de NZa geboden redelijke hersteltermijn, niet voldoet aan een of meer voorwaarden genoemd in artikel 12a;
 - b. deze naar het oordeel van de NZa is ingediend met het oogmerk om de reguliere bekostiging waarvoor een maximumtarief geldt, te omzeilen; of
 - c. zich één van de afwijzingsgronden genoemd in artikel 55, tweede lid, van de Wmg voordoet.

HOOFDSTUK III TARIEVEN

Artikel 13. Tariefopbouw en tariefsoorten

1. Het tarief voor een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.
2. Dbc-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten:
 - a. Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximumtarieven.
 - b. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.In de zorgproducten tabel (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza) is een overzicht opgenomen van de dbc-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.
3. In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten die tot het vrije segment behoren en derhalve een vrij tarief kennen:
 - eerstelijnsdiagnostiek;
 - diëtetiek;
 - fysiotherapie;
 - oefentherapie;
 - ergotherapie;
 - logopedie;
 - bijbetaling aandeel onverzekerde zorg;
 - endobronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
 - plaatsen van intrabronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
 - facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg.
4. Over de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Deze maximumtarieven voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, ozp-stollingsfactoren, rijbewijskeuringen, informatieverstrekingen, enkele prestaties voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie en een beperkt aantal prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen uit de eerstelijnszorg), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking mag aan eenieder in rekening worden gebracht.

Een max-max tarief mag alleen in rekening worden gebracht aan:

 - de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie; of
 - de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie.

Het in rekening te brengen maximale tarief is de som van het maximumtarief en indien daarvoor in aanmerking gekomen wordt, de mogelijkheid als omschreven in dit artikel.
5. Van de dbc-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.
6. Tabel 3 geeft schematisch de tariefsoort per soort prestatie weer.

Tabel 3. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
Dbc-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum
Dbc-zorgproduct vrije segment	Vrij

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
Supplementair product: Add-on ic	Maximum
Supplementair product: Add-ongeneesmiddelen	Maximum
Supplementair product: Overige trajecten	Maximum
Supplementair product: ozp-stollingsfactoren	Maximum
Supplementair product: add-on overig	Maximum of vrij
Eerstelijnsdiagnostiek	vrij
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum of vrij
Overige verrichtingen	Maximum of vrij
Facultatieve prestatie msz (add-on fp en losse fp)	Vrij

Artikel 14. Tariefberekening

1. Het integrale tarief is een optelsom van het kostentarief en het honorariumtarief, inclusief indexatie.
2. De totstandkoming van de tarieven volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in 'Totstandkoming Tarieven' (bijlage bij deze beleidsregel).
3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerste lijn plaats. Voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling. Voor de volgende overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de eerstelijnszorg:
 - a Prenatale screening (037512, 037516 en 037521) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';
 - b SCEN-consultatie (130001) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';
 - c Wijkverpleging (190288, 190289) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';
 - d Mondzorg (195005, 239472, 239275) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen'.

Artikel 15. Tarief add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg en worden met inachtneming van de volgende criteria vastgesteld:
 - a De NZa stelt één keer per jaar (in april van jaar t) de tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren vast zoals deze met ingang van 1 januari van jaar t+1 zullen gelden.
 - b De hoogte van deze tarieven wordt vastgesteld op basis van de lijstprijzen (Apotheekinkoop-prijzen, AIP) zoals opgenomen in de G-standaard. De peildatum voor de tarieven van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die gelden in jaar t zijn de lijstprijzen van 1 april van jaar t-1. Voor de maximumtarieven 2023 geldt een uitzondering: de peildatum voor de tarieven van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die gelden in het jaar 2023 zijn de lijstprijzen van 1 juni van jaar 2022.
 - c Voor geneesmiddelen waarvoor de NZa lopende het jaar op aanvraag of ambtshalve een add-on of ozp-stollingsfactor vaststelt, wordt – voor de bepaling van de hoogte van het bijbehorende tarief – aangesloten bij de meest recente lijstprijs uit de G-standaard.
 - d In de beschikking waarin voor een geneesmiddel als bedoeld onder c een add-on of ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, wordt opgenomen dat het in die beschikking genoemde tarief jaarlijks opnieuw zal worden vastgesteld op de wijze zoals beschreven onder b.
 - Voor beschikkingen die in de maanden april tot en met december (jaar t) worden afgegeven, betekent dit dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van het daaropvolgende jaar (t+1). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+2 in rekening mag worden gebracht.
 - Voor beschikkingen die in de maanden januari tot en met maart (jaar t) worden afgegeven, geldt dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van datzelfde jaar (jaar t). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+1 in rekening mag worden gebracht.
 - e De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn inclusief btw.
2. In afwijking van het gestelde in lid 1 geldt voor add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren voor apotheekbereidingen dat:
 - a de NZa het maximumtarief baseert op een door de aanvragers aangeleverde kostprijs;
 - b deze kostprijs is opgebouwd uit de kostencomponenten zoals opgenomen in het format 'kostprijsontderbouwing dure apotheekbereiding'. Dit format en bijbehorende bestuursverklaring maken deel uit van het 'formulier aanvraag add-on geneesmiddelen/ozp-stollingsfactoren';
 - c bij de vaststelling van de add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren de NZa ook het

- bijbehorende maximumtarief vaststelt. Hiervoor wordt de kostprijsonderbouwing, hierboven genoemd bij onderdeel a en b, als uitgangspunt genomen;
- d de tarieven na vaststelling periodiek worden herijkt op basis van de jaarlijkse kostprijstaanlevering zoals beschreven in 'Totstandkoming Tarieven' (bijlage bij deze beleidsregel);
 - e gedurende de periode waarin volgens de geldende regelgeving nog geen kostprijs voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor aangeleverd hoeft te worden, worden de tarieven geïndexeerd.
3. Indien het door de NZa vastgestelde tarief voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor hoger is dan de maximumprijs die in het kader van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) is vastgesteld, dan geldt de WGP-maximumprijs als maximumtarief voor dat add-ongeneesmiddel, respectievelijk die ozp-stollingsfactor.

HOOFDSTUK IV POSITIE VAN SOLISTEN

Artikel 16. Criteria solist

1. Een medisch specialist (of kaakchirurg) wordt als solist, respectievelijk solopraktijk, beschouwd, indien en voor zover aan de navolgende voorwaarden is voldaan:
 - a Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG.
 - b In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, respectievelijk ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG – al dan niet tegen betaling – dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
 - c De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg):
 - hebben betrekking op de beroepsmatige levering van zorg;
 - worden niet verricht in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (solist of instelling);
 - worden niet verricht door een organisatievorm die valt onder definitie van het begrip 'instelling' als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza);
 - worden volledig voor eigen rekening en risico verricht.
2. De NZa geeft individuele tariefbeschikkingen af aan solisten op grond waarvan solisten daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde dbc-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening kunnen brengen. De solist dient daartoe een aanvraag bij de NZa in middels een door de NZa beschikbaar te stellen aanvraagformulier.
3. Het aanvraagformulier bedoeld in het tweede lid staat op de website van de NZa gepubliceerd. Alleen volledig ingevulde formulieren worden door de NZa in behandeling genomen.
4. De NZa houdt een register bij van beschikkinghouders, respectievelijk (geregistreerde) solisten.

HOOFDSTUK V SLOTBEPALINGEN

Artikel 17. Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht

De NZa kan besluiten om prestaties en tarieven die op grond van deze beleidsregel zijn vastgesteld met terugwerkende kracht te wijzigen, indien zich één of meer van de volgende situaties voordoen:

- de wijzigingen zijn voor veldpartijen voorzienbaar geweest; en/of
- er is sprake van het herstellen van een kennelijke misslag.

Artikel 18. Intrekking voorgaande beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-22114a alsmede BR/REG-22113 ingetrokken.

Artikel 19. Overgangsbepaling

De Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-22114a, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Dit betekent dat voor overlopende dbc-zorgproducten (dbc's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment



van opening van het dbc-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing is. Voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) zijn de regels leidend die op de uitvoerdatum geldig zijn.

Artikel 20. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2023.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel, inclusief toelichting en bijbehorende bijlage, ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.

TOELICHTING

Algemeen

In deze beleidsregel worden de bevoegdheden van de NZa concreet uitgewerkt in beleid. Deze beleidsregel bindt om deze redenen alleen de NZa. De NZa maakt hiermee het beleid toetsbaar en transparant voor belanghebbende partijen en verplicht zichzelf te handelen volgens deze regels. Deze beleidsregel beschrijft de dbc-systematiek binnen de medisch-specialistische zorg. Naast een onderverdeling in producten (dbc-zorgproducten, overige zorgproducten en onderlinge dienstverlening) beschrijft deze beleidsregel ook op hoofdlijnen hoe de NZa tarieven berekent.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld 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.

De Regeling medisch-specialistische zorg beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle aanbieders van medisch-specialistische zorg zoals omschreven in de reikwijdte van deze beleidsregel.

Onderstaande artikelsgewijze toelichting bevat een nadere uitleg van een aantal specifieke artikelen uit deze beleidsregel.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onderdeel c: Onder de term 'apotheekbereiding' vallen binnen deze regeling ook de apotheekbereidingen van Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP's).

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

Onderdeel v: In het kader van deze beleidsregel worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg instellingen verstaan die geneeskundige zorg leveren zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waartoe in ieder geval behoren: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-instellingen, instellingen voor medisch specialistische revalidatie, radiotherapeutische centra, gespecialiseerde longcentra, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen. Ook instellingen die geriatrische revalidatiezorg als bedoeld in artikel 2.5c Besluit zorgverzekering (Bzv) of zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a Bzv leveren, vallen onder het instellingsbegrip van dit artikel.

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

Onderdeel gg: Tandarts-specialisten voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten

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

Onderdeel xx: 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 3

In dit artikel is aangegeven welke zorg onder de werkingssfeer van deze beleidsregel valt. Daarmee is de reikwijdte van deze beleidsregel afgebakend. In lijn met de systematiek van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is die reikwijdte functioneel omschreven, dat wil zeggen: niet de aanbieder, maar het type zorg dat de aanbieder levert, is hierbij leidend.

Artikel 5

De zorgactiviteiten, zoals vastgelegd in de zorgactiviteiten tabel (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza), zijn de bouwstenen van het dbc-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een dbc-zorgproduct. 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.

Lid 6: Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD-10-hoofdstukken. Een aantal dbc-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD-10. Deze worden ook wel de Pre-MDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de



Pre-MDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD-10-hoofdstukken.

Lid 7: De declaratiecode behorend bij het dbc-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

Artikel 6

Lid 2 onderdeel b: De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

Lid 2 onderdeel c: De component diagnose wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met de diagnose die de geleverde zorg over de periode van het subtraject het beste typeert. Als op basis van veranderend inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een gewijzigde diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Artikel 7a

Lid 1 onderdeel a: Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject. Het zorgtype 51 kan tevens gebruikt worden voor het koppelen van zorgactiviteiten van ondersteuners (zowel anesthesist als poortspecialist in de rol van ondersteuner) aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Lid 4 onderdeel b: In de Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen zijn de prestatiecodes 199800, 199801 en 199802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

Artikel 10

Lid 2: Een add-on voor een apotheekbereiding wordt niet vastgesteld voor een apotheekbereiding vanuit een handelsproduct (bijvoorbeeld spuitjes die worden bereid vanuit een grotere flacon).

Lid 3: Drie ozp-stollingsfactoren beschikken niet over een in Nederland geldende handelsvergunning. Het betreft Factor X P Behring, Factor VII en Hemoleven Factor XI. Deze stollingsfactoren zijn vóór 2016 door VWS aangewezen als afzonderlijk te declareren ozp. Deze geneesmiddelen hebben de status van ozp-stollingsfactor behouden.

Artikel 11

Lid 3: De formulieren voor het indienen van een aanvraag voor een add-ongeneesmiddel of een ozp-stollingsfactor kunt u vinden op de website van de NZa (www.nza.nl)

Lid 4: De prestatiebeschrijving van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt bij geregistreerde geneesmiddelen gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard. De artikelomschrijving van een geneesmiddel bevat de merknaam, toedieningsvorm en sterkte per eenheid. Als de artikelomschrijving van het consumentenartikel niet wijzigt, is het niet nodig om een aanvraag in te dienen. Dit is het geval in onderstaande situaties:

- De inkoophoeveelheid verandert of wordt toegevoegd in de
- G-standaard (vb. in één verpakking zit niet 1 flacon, maar 2 flacons).
- De fabrikant/leverancier verandert in de G-standaard.
- De verpakking verandert, bijvoorbeeld van kleur.
- Een parallelverpakking wordt toegevoegd in de G-standaard.
- De AIP en/of het maximumtarief verandert.

Artikel 15

Lid 1 sub b: Voor een volledige toelichting op de eenmalige afwijking van ons beleid t.a.v. de peildatum zie de brief met kenmerk 0422389/1316085.

Artikel 16

In de Regeling medisch-specialistische zorg staan de voorwaarden genoemd waaraan solisten moeten voldoen om daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde dbc-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen.



BIJLAGE

Totstandkoming Tarieven