



Wijzigingsbesluit houdende wijziging van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en van de Regeling medisch-specialistische zorg

WB/REG-2026-02

Vastgesteld op 16 september 2025

De Nederlandse Zorgautoriteit,

Gelet op:

- de artikelen 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met inachtneming van wijzigingsbesluit WB/REG-2026-01;
- de Regeling medisch-specialistische zorg, met inachtneming van wijzigingsbesluit WB/REG-2026-01;
- de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg, kenmerk TB/REG-26621-02;

Besluit:

ARTIKEL I

De Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, zoals geldend vanaf 1 januari 2025, wordt gewijzigd als volgt:

A.

Artikel 8, eerste en tweede lid, worden vervangen door artikel 8, luidende:

Artikel 8. Onderlinge dienstverlening

Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief. De prestatie wordt gebruikt voor het in rekening brengen van:

- het uitgevoerde deel van het dbc-zorgproduct, of;
- het uitgevoerde deel van een overig zorgproduct, of;
- een volledig uitgevoerd overig zorgproduct.

ARTIKEL II

De Regeling medisch-specialistische zorg, zoals geldend vanaf 1 januari 2025, wordt gewijzigd als volgt:

A.

Artikel 4, vierde lid, komt te luiden:

4. De typeringslijst voor neonatologie wordt gehanteerd tot maximaal 28 dagen na de à terme datum (de uiterekende datum) indien de pasgeborene een aandoening krijgt die betrekking heeft op 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 geen betrekking heeft op de geboorte of perinatale periode. Specifiek voor lcterus neonatorum wordt, hoewel dit een aandoening is die betrekking heeft op de perinatale periode, gelijk al gebruik gemaakt van de typeringslijst voor de kindergeneeskunde, inclusief bijbehorende zorgvraagtypering Kind (061).

B.

In artikel 5, vierde lid, onderdeel e, tweede zin, wordt 'Voor stamceltransplantaties bij (...) dezelfde diagnose geopend.' vervangen door 'Voor stamceltransplantaties bij kinderen met een SKION-stratificatie wordt voor het gehele stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend.'

C.

Artikel 19, zeventiende lid, onderdeel a, komt te luiden:

Stamceltransplantatie (2.0000.1)

De volgende drie fasen worden bij stamceltransplantatie onderscheiden:

- Fase 1: selectie/afname;
- Fase 2: transplantatie, inclusief conditionering;
- Fase 3: nazorg.

Bij autologe stamceltransplantatie wordt een subtraject afgesloten op de dag voor de start van fase 1. Een subtraject wordt afgesloten op de dag voor de start van de conditionering. Een subtraject in een fase wordt op de 120e dag na opening van het subtraject afgesloten tenzij eerder een andere fase aanbreekt. Wanneer er een andere fase aanbreekt wordt het subtraject één dag voor de start van de andere fase afgesloten.

Ook bij het opnieuw starten van fase 1 of fase 2 wordt het voorafgaande subtraject één dag voor de dag dat fase 1 of fase 2 start afgesloten.

Wanneer een stamceltransplantatietraject voortijdig beëindigd wordt door het optreden van een recidief, dan sluit het subtraject op de dag van registratie van zorgactiviteit 039982 'Voortijdige beëindiging stamceltransplantatietraject door recidief'.

D.

In artikel 24, zesenvijftigste lid, eerste zin, wordt 'Een zorgactiviteit (...) tijdens de transplantatiefase.' vervangen door 'Een zorgactiviteit 'doorlopende opname tijdens stamceltransplantatiefase' (198881, 198882, 198883, 198884, 198885) kan worden geregistreerd als er sprake is van een doorlopende opname in een vervolgetraject tijdens de transplantatiefase.'

E.

Artikel 26, tweede lid, onderdeel b, vierde en vijfde bullet, komt te luiden:

- *Begeleiding interklinisch IC-vervoer < 2 uur (190130) of ≥ 2 uur (190131)*
Interklinisch vervoer als bedoeld in de Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen, waarbij sprake is van begeleiding van een patiënt met een ic-indicatie door een medisch specialist. Indien de heenreis, de wachttijd op de ambulance, de overdracht in de ontvangende instelling en de terugreis bij elkaar opgeteld korter duren dan twee uur wordt za-code 190130 geregistreerd. Bij een duur gelijk aan of langer dan twee uur wordt za-code 190131 geregistreerd.
- *Begeleiding MICU-vervoer < 2 uur (190132) of ≥ 2 uur (190133)*
Interklinisch MICU-vervoer als bedoeld in de Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen, waarbij sprake is van begeleiding van een patiënt met een ic-indicatie door een Mobile Intensive Care Unit (MICU)-team, conform de richtlijnen van de NVIC en de NVK. Indien de heenreis, de wachttijd op de ambulance, de overdracht in de ontvangende instelling en de terugreis bij elkaar opgeteld korter duren dan twee uur wordt za-code 190132 geregistreerd. Bij een duur gelijk aan of langer dan twee uur wordt za-code 190133 geregistreerd. De kosten voor deze prestaties (190132 en 190133) zijn inclusief de kosten voor de MICU-trolley, materialen/apparatuur en MICU-coördinatie.

F.

Artikel 26, vijfde lid, negende bullet, onderdeel c, komt te luiden:

- c. het vastleggen in het medisch dossier van:
 - de gesprekken bedoeld onder a; en
 - het delen van het zorgplan met de zorgverleners bedoeld onder b.Het is niet toegestaan om een polikliniekbezoek of consult op afstand te registreren voor gesprekken die onderdeel uitmaken van de prestatie proactieve zorgplanning. Als uitvoerdatum van dit overig zorgproduct (190099) geldt de dag waarop het eerste gesprek in het kader van proactieve zorgplanning plaatsvindt. Aan dit eerste gesprek gaat de markering van het begin van de palliatieve fase vooraf. Daarmee maakt deze markering geen onderdeel uit van de prestatie proactieve zorgplanning.

G.

Aan artikel 26, vijfde lid, wordt een tiende bullet toegevoegd, luidende:

- *Verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229)*



Een verpleegdag kortdurende klinische revalidatie is een te registreren kalenderdag bij verpleging ten behoeve van een kort klinische revalidatie behandeling. Deze add-on wordt tot maximaal 14 dagen naast een ambulant (revalidatie) subtraject geregistreerd. Indien de opname langer duurt dan 14 dagen, vervalt de add-on en wordt in plaats daarvan verpleegdag (190218) geregistreerd. De voorwaarden voor de registratie van een reguliere verpleegdag als bedoeld in artikel 24 lid 29, zijn van overeenkomstige toepassing op de verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229).

H.

In artikel 29, vijfde lid, wordt 'vervallen' vervangen door '*Stoppen-met-rokenprogramma* (194276, 194277, 194278)

Voor de overige zorgproducten voor het stoppen-met-rokenprogramma (194276, 194277, 194278) gelden de prestatiebeschrijvingen zoals opgenomen in de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma en de Prestatiebeschrijvingbeschikking stoppen-met-rokenprogramma.'

I.

Artikel 32, tweede lid, komt te luiden:

Bij onderlinge dienstverlening brengt de opdrachtnemende zorgaanbieder het door hem uitgevoerde deel van het dbc-zorgproduct of (een deel van) een overig zorgproduct uitsluitend in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder.

J.

Aan artikel 33, wordt een zeventiende lid toegevoegd, luidende:

Dbc-zorgproducten voor gespecialiseerde brandwondenzorg (dbc-zorgproductcodes 979004001 t/m 979004017) worden uitsluitend in rekening gebracht door instellingen die in onderdeel 2 ('behandellocatie brandwonden') van de richtlijn 'Zorg voor patiënten met brandwonden' worden aangeduid als 'derdelijns instellingen', resp. 'brandwondencentra'.

K.

In artikel 34a, zestiende lid, wordt 'vervallen' vervangen door:

'Verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229)

- a. Voor de declaratie van de add-on verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229) gelden de volgende voorwaarden:
 - de add-on wordt eenmaal per verpleegdag geregistreerd, tot en met een maximum van 14 dagen per subtraject.
 - de add-on wordt uitsluitend naast een ambulant (revalidatie) dbc-zorgproduct gedeclareerd.
 - in afwijking van artikel 34a lid 2, wordt de add-on gedeclareerd bij het sluiten van het subtraject.
- b. Indien de opname langer duurt dan 14 dagen, is declaratie van de add-on Verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229) niet toegestaan. In plaats daarvan wordt verpleegdag (190218) gedeclareerd als onderdeel van het klinische revalidatie dbc-zorgproduct.
- c. Voor de periode van tot en met 30 april 2026 geldt dat de add-on uitsluitend wordt gedeclareerd naast een ambulant (revalidatie) dbc-zorgproduct waarvan het bijbehorende subtraject een startdatum heeft op of na 1 januari 2026.'

L.

In artikel 34a, tweeëntwintigste lid, onderdeel a, tweede bullet, wordt 'sprake is van (...) het Besluit zorgverzekering.' vervangen door 'deze vaccinaties in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet.'

M.

Artikel 34a, drieëntwintigste lid, komt te luiden:

De prestatie proactieve zorgplanning (190099):

- a. Wordt uitsluitend gedeclareerd door de zorgaanbieder waar de patiënt op de uitvoerdatum

- onder behandeling is, al dan niet in combinatie met klinisch verblijf.
- b. Wordt niet eerder gedeclareerd dan nadat het zorgplan door de zorgaanbieder bedoeld onder a transmuraal is gedeeld met de overige betrokken zorgverleners bedoeld in artikel 26, lid 5, negende bullet.
 - c. Wordt maximaal één keer per 365 dagen gedeclareerd. De eerste termijn van 365 dagen vangt aan op de uitvoerdatum, d.w.z. op de dag waarop het eerste gesprek in het kader van proactieve zorgplanning heeft plaatsgevonden.
 - d. Wordt niet gedeclareerd in combinatie met, respectievelijk d.m.v. een koppeling aan, een dbc-zorgproduct palliatieve zorg (dbc-zorgproductgroep 990040).

N.

Aan artikel 34b wordt een veertiende lid toegevoegd, luidende:

- 14. Voor de overige zorgproducten voor het stoppen-met-rokenprogramma (194276, 194277, 194278) gelden de declaratievoorschriften, transparantievoorschriften en andere voorwaarden zoals opgenomen in de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma, Regeling stoppen-met-roken-programma en de Prestatiebeschrijvingbeschikking stoppen-met-rokenprogramma. Het is niet toegestaan om voor dezelfde patiënt gelijktijdig een dbc-zorgproduct voor rookverslaving (diagnosetyping 0322_9904) en een ozp voor het stoppen-met-rokenprogramma te declareren.

O.

Aan de artikelsgewijze toelichting op artikel 26, vijfde lid, wordt onder 'ZIN van toepassing.' toegevoegd:

Proactieve zorgplanning (190099)

Als een patiënt naar een verpleeghuis (terug)gaat en geen huisarts heeft, wordt het zorgplan in ieder geval gedeeld met de specialist ouderengeneeskunde of de VS of PA ouderengeneeskunde.

P.

De artikelsgewijze toelichting op artikel 32, komt te vervallen.

Q.

De artikelsgewijze toelichting op artikel 34a, tweeëntwintigste lid, komt te luiden:

De ozp's voor vaccinatiezorg zijn geïntroduceerd naar aanleiding van het adviesrapport Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: 'wie neemt de regie?' van Zorginstituut Nederland. De NZa bepaalt inhoudelijk niet welke medische risicogroepen er zijn en welke vaccinaties voor welke medische risicogroep geïndiceerd zijn.

De ozp's worden gedeclareerd als sprake is van vaccinaties aan medische risicogroepen vanwege een medisch specialistische behandeling of vanwege een aandoening waarvoor de patiënt binnen de medisch specialistische zorg behandeld wordt. Op basis van sub 1, tweede bullet, mogen de ozp's niet gedeclareerd worden als:

- sprake is van een vaccinatie die de patiënt al via een andere route ontvangt, zoals vaccinaties die een patiënt ontvangt via de Wet publieke gezondheid. Op grond van artikel 2.1, eerste lid, laatste zin, van het Besluit zorgverzekering gaat vergoeding via andere wetten voor op de Zorgverzekeringswet.
- sprake is van reizigersvaccinaties. Dit zijn geen vaccinaties die via de Zorgverzekeringswet vergoed worden.

ARTIKEL III

Het Wijzigingsbesluit houdende wijziging van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en van de Regeling medisch-specialistische zorg met kenmerk WB/REG-2026-01 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel II, onderdeel R, komt te luiden:

In artikel 28, tweede lid, aanhef onderdeel c, wordt na '190962,': 192928, ingevoegd.



B

Artikel II, onderdeel T, komt te luiden:

In artikel 28, tweede lid, aanhef onderdeel f, wordt na '192960 t/m 192967,'; 192969, ingevoegd.

ARTIKEL IV

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2026.

Met inachtneming van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet, zal dit besluit met toelichting in de Staatscourant worden gepubliceerd.

De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl, alsmede op www.wetten.nl.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk
Voorzitter Raad van Bestuur*



BIJLAGE

Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b, te raadplegen op www.nza.nl (via 'zorgsectoren' en 'medisch-specialistische zorg').

TOELICHTING

Algemeen

Dit wijzigingsbesluit wijzigt per 1 januari 2026 de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR) en de Regeling medisch-specialistische zorg (NR). De basis voor de BR en NR zoals geldend van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025, betreft respectievelijk de BR/REG-24102a en de NR/REG-2403a, met inachtneming van wijzigingsbesluiten WB/REG 2025-01 en 2025-02.

Het vaststellen en publiceren middels wijzigingsbesluit van alleen de wijzigingen betreft een aanpassing op de eerdere integrale vaststellingen en publicaties van de BR en NR en daarmee samenhangend de integrale intrekkingen van eerdere versies. Deze aanpassing, per 1 januari 2025, is in lijn met zowel een verbetering van het interne proces bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) specifiek voor de medisch-specialistische zorg, als een door de Staatscourant verzochte verbetering qua aanlevering van de regelgeving. Het vaststellen en publiceren van alleen de wijzigingen middels wijzigingsbesluit is geconsulteerd met de veldpartijen.

De NZa vereenvoudigt hiermee de wijze waarop dbc-releases medisch-specialistische zorg worden vastgesteld en gepubliceerd naar vaststelling van alleen wijzigingen in de regelgeving, inclusief wijzigingen in de bijlagen. Dat gebeurt met dezelfde tijdigheid als waarop tot nu het volledige pakket aan regelgeving werd vastgesteld (a-release per 1 mei en b-release per 1 oktober). Bij het refereren aan wijzigingen in de regelgeving inclusief bijlagen, wordt gebruik gemaakt van het kenmerk van het wijzigingsbesluit behorende bij de onderliggende dbc-release.

Het document Verantwoording wijzigingen dbc-release is een Bijlage bij dit wijzigingsbesluit. Het document Verantwoording wijzigingen dbc-release bevat alle wijzigingen per dbc-release, alsmede een toelichting op deze wijzigingen en is al jaren het document dat door de veldpartijen wordt gebruikt om wijzigingen per release inzichtelijk te hebben.

Naast de publicatie in de Staatscourant en via Sdu op Wetten.nl, biedt de NZa het dbc-pakket als volgt aan:

- De integrale tekst voor BR en NR voor jaar t+1 (huidig jaar + 1) wordt één keer per jaar in december van jaar t, gepubliceerd op de website van de NZa. Voorafgaand aan de integrale publicatie in december, zijn de wijzigingen in de regels op 1 mei en 1 oktober geheel inzichtelijk via het wijzigingsbesluit en het document Verantwoording wijzigingen dbc-release op de website van de NZa.
- Alle bijlagen in de regelgeving die aanbieders en zorgverzekeraars nodig hebben in het contracteerproces worden net als nu het geval is bij de a-release en de b-release gepubliceerd op de website van de NZa.
- De bijlagen bij de BR en NR die geen deel uitmaken van de groep releasebestanden die bedoeld zijn om in te lezen in ICT-systemen worden één keer per jaar in december van jaar t, gepubliceerd op de website van de NZa.
- Voor de bijlagen NR betreft dit: Indeling prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie naar productgroepen; Overzicht overige zorgproducten; Privacyverklaring; Sjabloon standaardprijslijst; Toelichting regels afleiding.
- Voor de Bijlage BR betreft dit: Totstandkoming tarieven. Deze Bijlage is algemener van opzet gemaakt. De informatie die specifiek op het nieuwe releasejaar van toepassing is, is verhuisd naar het document Verantwoording wijzigingen dbc-release.
- De bestanden die gebruikt worden voor verwerking van releases in ICT-systemen (waaronder de Tarieven Tabel en Zorgactiviteiten Tabel) worden gepubliceerd op 1 mei en 1 oktober op de website van de NZa.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

De wijzigingen in dit onderdeel vallen onder wijzigingsverzoek 203359 van de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b'.



Artikel II

Onderdeel A

De wijzigingen in dit onderdeel vallen onder wijzigingsverzoek 203369 van de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b'.

Onderdelen B, C en D

De wijzigingen in deze onderdelen vallen onder wijzigingsverzoek 203390 van de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b'.

Onderdelen E, F, I, J, L, M, O, P en Q

De wijzigingen in deze onderdelen vallen onder wijzigingsverzoek 203359 van de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b'.

Onderdelen G en K

De wijzigingen in deze onderdelen vallen onder wijzigingsverzoek 203156 van de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b'.

Onderdelen H en N

De wijzigingen in deze onderdelen vallen onder wijzigingsverzoek 203306 van de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b'.

Artikel III

De wijzigingen in dit artikel betreffen een correctie op wijzigingsbesluit WB/REG-2026-01. In de Bijlage 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26a', behorende bij WB/REG-2026-01, stonden de aanpassingen wel correct.