



Regeling Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg Nr. NR/CU-205

Inleiding

Artikel 1. Grondslag

Gelet op artikel 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

Artikel 2. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op medisch specialistische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria en abortusklinieken) en door audiologische centra en centra voor erfelijkheidsonderzoek.

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

Deze regeling is eveneens van toepassing op handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg¹ of werkzaamheden in het kader van de beroepsuitoefening² geleverd door of onder verantwoordelijkheid van zorgaanbieders die medisch specialistische zorg leveren voor zover deze handelingen en werkzaamheden niet zijn begrepen onder het hierboven genoemde.

Artikel 3. Inwerkingtreding

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 1 januari 2012. Met de inwerkingtreding van deze regeling worden de volgende regelingen beëindigd:

- Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (NR/CU-201);
- Nadere regel informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CU/NR-100.073);
- Tarifiering onderlinge dienstverlening (CI/NR-100.074);
- Administratieve organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering (CU/NR-100.060);
- Kaderregeling AO/IC categoriaal inzake DBC-registratie (CI/NR-100.035);
- Validatiemodule (CU/NR-100.004);
- Regeling standaardprijslijst B-segment (CU/NR-100-056).

Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2011, treedt deze regeling in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst, en werkt hij terug tot en met 1 januari 2012.

Deze regeling kan worden aangehaald als 'regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Toelichting

Met de inwerkingtreding van deze regeling zijn de declaratiebepalingen (NR/CU-201) beëindigd. Deze regeling is met ingang van 1 januari 2012 ook van toepassing ten aanzien van parallelliteit tussen DBC's (geopend in 2011 en doorlopend in 2012) en DBC- of overige zorgproducten (geopend in 2012).

Artikel 4. Begrippen en afkortingen

In deze regeling worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

- 4.1 Add-on
Add-ons zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct. Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en bepaalde dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on.
- 4.2 Beslisboom

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

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



- De beslisboom beschrijft de criteria op grond waarvan subtrajecten in combinatie met zorgactiviteiten door een grouper worden afgeleid tot een DBC-zorgproduct of uitvalproduct.
- 4.3 DBC
Een Diagnose Behandeling Combinatie is een declarabele prestatie, die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten.
- 4.4 DBC-zorgproduct
Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.
- 4.5 DBC-zorgproductcode
Het unieke nummer van een DBC-zorgproduct dat bestaat uit negen posities, te weten DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).
- 4.6 DBC-zorgproductgroep
Een DBC-zorgproductgroep is een verzameling van DBC-zorgproducten geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD10 diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke DBC-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.
- 4.7 DBC-zorgproductgroepcode
Een zescijferige code van de DBC-zorgproductgroep, waartoe het DBC-zorgproduct behoort.
- 4.8 Declaratiedataset
De voor afleiding aan een grouper aangeboden verzameling van gegevens omtrent de door een zorgaanbieder aan een patiënt geleverde zorg.
- 4.9 Diagnose-combinatietabel
Een niet limitatieve opsomming van diagnoses waarvoor geen parallelle DBC-zorgproducten mogen worden gedeclareerd.
- 4.10 Eigen patiënt
Een patiënt geldt voor een medisch specialist of instelling als 'eigen patiënt' indien deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot de medisch specialist, deze medische specialist wordt aangemerkt als hoofdbehandelaar en voor het verlenen van die medische zorg op dat moment in deze instelling zijn praktijk uitoefent.
- 4.11 Hoofdbehandelaar
Zorgaanbieder tot welke een patiënt zich met de zorgvraag heeft gewend, door welke de diagnosestelling en onder wiens verantwoording de behandeling plaatsvindt.
- 4.12 ICD10
De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, onderhouden door de World Health Organisation (WHO). ICD10 is gebruikt als basis voor de productstructuur.
- 4.13 Grouper
Een webapplicatie in een beveiligde omgeving die uit de door de aangesloten instellingen aangeboden datasets DBC-zorgproducten en add-ons afleidt conform door de NZa vastgestelde beslisbomen van de DOT-productstructuur.
- 4.14 Onderlinge dienstverlening
Er is sprake van onderlinge dienstverlening indien geen sprake is van een 'eigen patiënt' volgens de definitie, maar de prestatie op verzoek van een andere instelling respectievelijk een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) wordt geleverd. Indien deze prestatie is uitgedrukt in zorgactiviteiten behoren deze tot het geleverde zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.
- 4.15 Ondersteunende producten (OP)
Een ondersteunend product (OP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een niet-poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.
- 4.16 Overige producten (OVP)
Een overig product (OVP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OVP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.
- 4.17 Overige trajecten
Een overig traject valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is zoals toeslag brandwonden, gezonde zuigelingen en verkeerde-beddagen.
- 4.18 Overige verrichtingen
Een overige verrichting valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Onder overige verrichtingen wordt verstaan; losse declarabele verrichtingen die niet te definiëren zijn als OVP, OP of overige traject.



Voorbeelden hiervan zijn bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie.

- 4.19 Overige zorgproducten
De prestaties binnen de medisch specialistisch, niet zijnde DBC-zorgproducten. Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.
- 4.20 Poortspecialist
Een poortspecialist is de medisch specialist naar welke een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: Oogheelkunde (0301), KNO (0302), Heelkunde/Chirurgie (0303), Plastische chirurgie (0304), Orthopedie (0305), Urologie (0306), Gynaecologie (0307), Neurochirurgie (0308), Dermatologie (0310), Inwendige Geneeskunde (0313), Kindergeneeskunde/Neonatalogie (0316), Gastro-enterologie/MDL (0318), Cardiologie (0320), Longgeneeskunde (0322), Reumatologie (0324), Allergologie (0326). Revalidatie (0327), Cardio-Pulmonale Chirurgie (0328), Consultatieve psychiatrie (0329), Neurologie (0330), Klinische Geriatrie (0335), Radiotherapie (0361)³. De poortspecialist is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg. Deze rol kan bij directe verwijzing uit de eerstelijns, ook door een ondersteunend specialisme worden ingenomen welke hiervoor een door de NZa vastgestelde typeringslijst heeft, zoals radiologie (0362), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390). Daarnaast kent de audiologie (1900) ook een eigen typeringslijst.
- 4.21 Subtraject
Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf gedefinieerd moment wordt afgesloten. Dat moment wordt bepaald door de sluitregels in de registratieregels. Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een (DBC-)zorgproduct of een uitvalproduct. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.
- 4.22 Uitvalproduct
Een combinatie van subtraject en zorgactiviteiten welke niet leidt tot een declarabel DBC-zorgproduct.
- 4.23 Zorgprofiel
Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.
- 4.24 Zorgtraject
Een zorgtraject typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorginstelling consulteert, maar is geen declarabele prestatie. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.
- 4.25 Zorgactiviteit
De gestandaardiseerde onderverdeling in zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten zijn de bouwstenen van het DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct. Ze bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welke DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

Registreren

Artikel 5. Algemene registratiebepalingen

- 5.1 De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist meldt óf, indien dat eerder is, op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van deze nieuwe zorgvraag.
- 5.2 Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling, een eigen zorgtraject.
- 5.3 De daadwerkelijke verleende zorg wordt vastgelegd⁴ in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.
- 5.4 Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één unieke zorgactiviteit, mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal voor de afleiding van een DBC-zorgproduct worden benut.
- 5.5 De poortspecialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten.
- 5.6 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om typeringen en vastlegging van de uitgevoerde zorgactiviteiten op juistheid te controleren.
- 5.7 Add-ons kunnen uitsluitend geregistreerd worden in combinatie met een subtraject. Dit geldt niet voor een add-on intensive care, met zorgtype 52.

³ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie vallen ook onder de poortspecialismen, maar declareren in overige zorgproducten.

⁴ Onder vastleggen wordt hier mede begrepen, het op een juiste manier vertalen van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten.



- 5.8 De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgactiviteiten in de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden (naast de andere data elementen) uitsluitend die zorgactiviteiten bevat die zijn uitgevoerd ter beantwoording van de zorgvraag waarop het subtraject betrekking heeft.
- 5.9 Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
- 5.10 Het is niet toegestaan om binnen 28 dagen na afsluiten van een DBC (openingsdatum in 2011) een subtraject te openen (openingsdatum in 2012) met eenzelfde zorgtype en diagnose, tenzij artikelen 6 tot en met 9 anders voorschrijven.

Artikel 6. Het openen van een zorgtraject

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

- 6.1 Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de poortspecialist geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een poortspecialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling of diagnostiek niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.
 - a. Een parallel zorgtraject bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geopend indien er aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:
 - Het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten waarvan er minimaal één uit zorgprofielklasse⁵ 1, 2 of 3 komt, of minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen.
 - De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komen niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1).
 - b. Voor paralleliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:
 - beide zijden conservatieve behandeling: 1 zorgtraject;
 - één zijde conservatief één zijde operatieve behandeling: 1 zorgtraject;
 - beide zijden operatief en met identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel: 1 zorgtraject;
 - beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel: 2 zorgtrajecten.
 - c. Bij paralleliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname

Toelichting

De DBC-registratie gaat uit van zorgtrajecten per specialisme. Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling waarbij meer poortspecialismen betrokken zijn. Ook in dat geval opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject.

De ondersteunende specialismen radiologie en anesthesiologie kunnen in de rol van poortspecialist zelfstandig behandelen en daarvoor zorgproducten declareren. Het betreft hier de interventieradioloog en de anesthesist als pijnbestrijder.

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

Het specialisme Cardiologie kent geen paralleliteit, behalve bij ICC en hartrevalidatie.

- 6.2 Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de poortspecialist geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Hierbij geldt het volgende:
 - Bij een dagverpleging mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.
 - Een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC zorg/subtraject voor een intercollegiaal consult registreren. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC zorg/subtraject openen.
 - Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen nieuw (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
 - Wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling.
- 6.3 Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door de poortspecialist geopend indien een poortspecia-

⁵ Zorgprofielklassen zijn te vinden in de zorgactiviteitentabel.



list op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, voor welke de DBC-systematiek niet geldt (bv. kaakchirurgie) een overig product (OVP) levert aan een patiënt. Indien het OVP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan er geen overig product worden gedeclareerd. In dat geval dient het ZT41 te worden gewijzigd in ZT11, maakt de zorgactiviteit deel uit van dat zorgtraject en is er geen sprake meer van een OVP.

Toelichting

Indien een poortspecialist in de rol van ondersteuner op verzoek van een specialisme van de eigen instelling een zorgactiviteit levert welke op de OVP-lijst voorkomt, dan zijn de zorgactiviteiten enkel onderdeel van het zorgprofiel van het aanvragend specialisme en is er geen sprake van een OVP. De zorgactiviteiten dienen bij het zorgtraject van de aanvragende specialist te worden vastgelegd.

- 6.4 Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt door de intensivist (of andere medisch eindverantwoordelijke op de IC) geopend bij opname op de IC afdeling. Hierbij geldt het volgende:
- Parallele IC zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.
 - Wanneer de patiënt gedurende een klinische opname meer periodes op de IC verblijft, dient voor elke IC-opnameperiode een IC zorg/subtraject 51 te worden geopend (en gesloten).
 - Tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleegdagen worden geregistreerd.
 - Er dient een verwijzing te worden geregistreerd vanuit welk zorgtraject (= het zorgtraject van de hoofdbehandelaar) naar het IC zorg/subtraject 51 is verwezen. Een IC zorg/subtraject 51 dient namelijk altijd in samenhang met een zorgtraject van de hoofdbehandelaar te worden geregistreerd,
 - Indien een patiënt direct op de IC-afdeling terechtkomt, zonder dat er naast het IC-zorgtraject een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 11 of 21 is geregistreerd, dient het zorg/subtraject te worden getypeerd met ZT52. Een grouper zal dan niet controleren op de koppeling tussen het subtraject ZT52 met een subtraject ZT11 of ZT21. Indien na ontslag van de IC-afdeling de behandeling klinisch wordt voortgezet, dient het subtraject met ZT52 omgezet te worden naar een subtraject met ZT51 dat gekoppeld wordt aan het zorgtraject met ZT11-subtraject.

Toelichting

Een grouper leidt uit het subtraject van een IC zorg/subtraject 51 (gekoppeld aan een ZT11 of ZT21) of IC zorg/subtraject 52 (indien er geen eigen ZT11 of ZT21 bestaat) de add-on zorgproducten voor de IC af.

- 6.5 Een zorgtraject met subtraject ZT51 (niet zijnde zorg als bedoeld in artikel 6.4) voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar (door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner) kan worden geopend wanneer deze ondersteuner (bv. anesthesist) of een poortspecialist in de rol van ondersteuner (bv. MDL-arts) zorg levert aan de patiënt en hier geen eigen zorgtraject voor open staat. Deze zorgactiviteiten dienen gekoppeld te worden aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Toelichting

De in artikel 6.5 genoemde zorgactiviteiten kunnen op twee manieren gekoppeld worden aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar:

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

Een grouper leidt uit de in artikel 6.5 genoemde subtrajecten 51 geen declarabele zorgproducten af. De zorgactiviteiten van de ondersteuner worden meegenomen in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

Artikel 7. Het openen van een subtraject

Een subtraject wordt geopend:

- Bij het openen van een zorgtraject (zie artikel 6) of;
- Wanneer een reguliere behandeling of controletraject na het afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21, wordt vervolgd (zie artikel 8).

Artikel 8. Het sluiten van een subtraject

- 8.1 Een subtraject met een ZT 11 of 21 (initiële of vervolgbehandeling) wordt gesloten:
- a. Bij een klinisch subtraject met ZT11 en 21:

- Op de 42e dag na ontslagdatum⁶.
 - Wanneer binnen deze 42-dagen periode na (de laatste) ontslagdatum nog een dagverpleging (1 of meer) of operatieve ingreep (1 of meer) plaatsvindt, dan wordt toch afgesloten op de 42e dag na ontslag uit de kliniek.
 - Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her) opname plaatsvindt dan wordt afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.
- b. Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen, met ZT11 en 21:
- Op de 42e dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.
 - Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat dan wordt afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste ingreep.
- c. Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling:
- met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject;
 - met ZT21: op de 365e dag na de opening van het subtraject.
- d. Op de 365e dag indien het subtraject na 365 dagen nog open staat. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.
- e. Bij het afsluiten van het zorgtraject: (zie artikel 9)
- Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.
 - Een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie), wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.
 - 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.
- 8.2 Van de in artikel 8.1 vermelde algemene afsluitregels mag uitsluitend worden afgeweken indien zich één of meer van de in dit artikel opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitingsregel⁷.
- a. Sluitingsregels voor de volgende medicinale oncologische behandelingen (1.0000.1):
- chemo-immunotherapie
 - immunotherapie
 - chemotherapie bij acute leukemie
 - chemotherapie bij gemetastaseerde tumoren
 - chemotherapie bij niet gemetastaseerde tumoren
 - hormonale therapie bij gemetastaseerde tumoren
 - hormonale therapie bij niet gemetastaseerde tumoren
- Behandeling binnen een klinisch subtraject:*
- Een klinisch subtraject met een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie – behalve bij acute leukemie – wordt 42 dagen na ontslag uit de kliniek afgesloten, tenzij er een nieuwe toediening per infuus of injectie binnen de 42 dagen plaatsvindt – ongeacht of dit klinisch – danwel niet-klinisch gebeurt. Het subtraject wordt dan één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en een nieuw subtraject wordt geopend. Wanneer binnen 42 na ontslag van de voorafgaande opname een heropname plaatsvindt voor het voortzetten van een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie, wordt het subtraject afgesloten en een nieuw subtraject geopend. Het 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.
 - Voor orale oncologische medicatie geldt de algemene regel dat het subtraject 42 dagen na ontslag uit de kliniek afgesloten wordt. Alleen bij overgang naar een andere soort medicinale oncologische behandeling wordt het subtraject een dag voor de start van de andere therapie gesloten en een nieuw subtraject geopend. (Bijvoorbeeld als een hormonale therapie wordt vervolgd door een chemotherapie.) Wanneer binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname een heropname plaatsvindt voor het voortzetten van de medicinale oncologische behandeling, wordt het subtraject 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.

⁶ In deze regeling wordt met ontslagdatum bedoeld de datum van de dag dat de opname-indicatie afloopt en het registreren van verpleegdagen stopt. Het werkelijke ontslag kan een later moment betreffen indien er bijvoorbeeld sprake is van 'verkeerde bed'.

⁷ Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met het registratieaddendum van DBC-Onderhoud.

Behandeling binnen een niet klinisch subtraject:

- Een niet klinisch subtraject 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 de 42 dagen plaatsvindt, ongeacht of dit klinisch danwel niet-klinisch gebeurt. Het subtraject wordt in dat geval één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en een nieuw subtraject wordt geopend.
- Voor orale oncologische medicatie geldt dat het subtraject 42 dagen na de uitvoerdatum van de eerste begeleidingszorgactiviteit binnen het subtraject afgesloten wordt. Alleen bij overgang naar een andere soort medicinale oncologische behandeling wordt het subtraject een dag voor de start van de andere therapie gesloten en een nieuw subtraject geopend. Bijvoorbeeld als een hormonale therapie wordt vervolgd door een chemotherapie.

Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie van acute leukemie:

- Bij een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie van acute leukemie wordt het subtraject gesloten op iedere 30ste behandeldag (klinisch dag en/of dagverpleging) of 42 dagen na de laatste behandeldag indien er geen 30 behandeldagen hebben plaatsgevonden.

Toelichting

Voor de bepalingen in artikel 8.2a geldt:

- Indien medicinale oncologische behandeling ter voorbereiding op een stamceltransplantatie plaatsvindt, dient voor het stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose te worden geopend.
 - De regels voor medicinale oncologische behandelingen zijn niet van toepassing op blaasspoelingen bij urologie (zie artikel 8.2.e).
- b. Bij chronische zorg met thuisbeademing wordt telkens na een periode van 30 dagen afgesloten.
Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor thuisbeademing. De voorbereidingsfase wordt afgesloten op de dag voor de start van de chronische thuisbeademing tenzij deze niet leidt tot chronische thuisbeademing. In het laatste geval gelden de algemene regels voor afsluiting als vermeld in artikel 8.1 (1.0000.2).
- c. Chronische zorg met hemodialyse wordt afgesloten telkens na een periode van zeven dagen. Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor hemodialyse (1.0000.3).
- d. Bij niet-klinische subtrajecten Urologie voor behandeling met blaasspoelingen bij interstitiële cystitis wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten (1.0306.1).
- e. Bij niet-klinische subtrajecten Urologie voor behandeling met blaasspoelingen bij blaascarcinomen wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten (1.0306.2).
- f. Bij niet-klinische subtrajecten Urologie voor behandeling met APD- of andere bisfosfonaat infusen wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten (1.0306.3).
- g. Bij prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (diagnosen V31 t/m V35⁸) wordt het subtraject Gynaecologie afgesloten één dag voor de andere prenatale diagnostiek of intra-uteriene ingreep, of conform de algemene regel als vermeld in artikel 8.1 indien de andere diagnostiek of ingreep later dan dit moment start (1.0307.1).
- h. Een subtraject Neonatologie wordt afgesloten op de dag van ontslag (ontslagdatum) van de neonat uit het ziekenhuis (1.0316.1).
- i. Voor het specialisme Cardiologie worden subtrajecten afgesloten (1.0320.1):
- Wanneer de patiënt uit controle of behandeling wordt ontslagen c.q. komt te overlijden.
 - Wanneer bij initiële subtrajecten (ZT11) sprake is van ontslag uit de kliniek of dagverpleging, behalve bij ontslag na een opname in het kader van diagnostiek of cardioversie.
 - Wanneer de diagnose is gesteld en de behandeling ingezet wordt.
 - Wanneer de behandeling is afgerond (in geval van invasieve therapie) en er een langdurig controletraject met de patiënt wordt afgesproken.
 - Wanneer de patiënt met een aantoonbaar andere, nieuwe zorgvraag komt en voor deze zorgvraag een nieuw zorgtraject (diagnosestelling/behandeling) noodzakelijk is. Dit geldt ook wanneer de patiënt op de SEH komt voor een andere, nieuwe zorgvraag. In deze situaties wordt serieel een nieuw zorgtraject geopend.
- j. Wanneer bij exacerbatie van COPD een heropname plaatsvindt binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname, wordt het subtraject Longgeneeskunde afgesloten en een nieuw subtraject geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe klinische opname. Indien de heropname plaatsvindt na de 42e dag na ontslag, gelden de algemene regels (1.0322.1).
- k. Indien bij een vervolghandeling reumatologie (ZT21) de behandelsetting wijzigt, wordt het

⁸ Zie typeringslijst Gynaecologie.

subtraject reumatologie afgesloten en mag 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 8.1), indien de behandeling in nieuwe setting later dan dit moment start.

Echter, indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd gelden de algemene regels. Voorbeelden in tempi: het meer malen toedienen van Remicade of APD- of andere bisfosfonaat infusen (1.0324.1).

- i. Voor het registratiejaar 2012 geldt voor de Revalidatiegeneeskunde de bestaande uitzonderingsregel zoals geformuleerd in de specialisme specifieke toelichting. Daarnaast geldt voor de specialistische Revalidatie Behandeling (SRB) de uitzondering dat het subtraject wordt afgesloten één dag voor de start van de nieuwe SRB behandeling of conform de algemene regel indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start. Een SRB behandeling is nooit de primaire behandelvorm en wordt altijd geregistreerd als een parallel zorgtraject naast een reeds lopend zorgtraject (1.0327.1).
- m. Indien er bij de behandeling Klinische geriatrie een verergering van het probleem ontstaat waarvoor (opnieuw) een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) noodzakelijk is, wordt het subtraject afgesloten. Vervolgens wordt een nieuw subtraject geopend. Het moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe behandeling of conform de algemene regel indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start (1.0335.1).
- n. Bij de hierna volgende in tempi behandelingen van diverse specialismen mag het subtraject na elke deelbehandeling worden afgesloten. Wachten op het algemeen geldende sluitmoment als omschreven in artikel 8.1 (42, 90 of 365 dagen) is hier niet nodig. Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende deelbehandeling start. Wanneer de volgende deelbehandeling later dan de algemeen geldende sluitmoment als omschreven in artikel 8.1 start geldt deze algemene regel.

Stamceltransplantatie (2.0000.1)

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

De volgende drie fasen worden bij stamceltransplantatie onderscheiden:

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

Na iedere fase van de behandeling, maar ook bij het opnieuw starten van een eerdere fase, wordt het subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Transplantatiezorg (2.0000.2)

Voor de begeleiding van ontvangers en donoren rond darm-, eilandjes-, (partiële) lever-, nier-, nier- en pancreastransplantaties wordt door de specialismen Inwendige geneeskunde, MDL-artsen en Kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel) zorgtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van de behandeling onderscheiden:

- Fase 1: Pretransplantatie fase/screening
- Fase 2: Transplantatiefase
- Fase 3: Posttransplantatie fase/nazorg

Na iedere fase van de behandeling, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1, wordt het transplantatiesubtraject afgesloten. Wanneer de volgende fase (of opnieuw starten van fase 1) eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fase start.

Oogheelkunde (2.0301.1)

Bij behandeling met intravitreale injecties wordt per intravitreale injectie een subtraject geopend. Wanneer de behandeling met intravitreale injecties eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende intravitreale injectie plaatsvindt.

Oogheelkunde (2.0301.2)

Bij behandeling van subretinale neovascularisatie (diagnose 704) met fotodynamische therapie wordt per fotodynamische therapie een subtraject geopend. Wanneer de fotodynamische therapie eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fotodynamische therapie plaatsvindt.

Oogheelkunde (2.0301.3)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van strabismus (diagnosecodes 204, 205, 209) eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende strabismus operatie plaatsvindt.

Oogheelkunde (2.0301.4)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van retina defect/-retinaloslating (diagnosecodes 654) eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject



worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende operatieve behandeling van het retina defect/retinaloslatting.

Plastische chirurgie (2.0304.1)

Bij mammareconstructie vindt afsluiting van het subtraject na iedere operatieve tempi behandeling plaats op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Plastische chirurgie (2.0304.2)

Bij meer transplantatiesessies bij de behandeling van uitgebreide (brand)wonden wordt na iedere transplantatiesessie het subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Urologie (2.0306.1)

Bij niet-klinische ESWL behandeling van urinewegstenen wordt per ESWL behandeling een subtraject geopend. Wanneer de volgende ESWL behandeling eerder start dan het in artikel 8.1 voorgeschreven moment dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende ESWL behandeling plaatsvindt. Dit geldt ook wanneer een niet-klinische ESWL gevolgd wordt door een operatieve ingreep voor urinewegstenen.

Gynaecologie (2.0307.1)

De subtrajecten bij diagnose F21 'gespecialiseerde technieken' voor stimulatie respectievelijk de IUI/IVF/ICSI technieken en ovulatie-inductie met gonadotrofines worden per cyclus geopend en gesloten (dus 1 subtraject per cyclus). Indien de behandeling in meer ziekenhuizen (transport-IVF/ICSI) plaatsvindt opent ieder ziekenhuis de (deel)behandeling die daar wordt uitgevoerd.

Gynaecologie/obstetrie (2.0307.2)

In de registratie bij obstetrie zijn drie fasen te onderscheiden; diagnosen V11/V21/V41/V42 voor zwangerschapbegeleiding, diagnose V51 voor begeleiding partus met nazorg en nacontrole, en diagnosen V60/V61 voor complicaties na partus uit de eerste/tweedelij. Bij de overgang naar een andere fase kan het subtraject worden afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Radiotherapie (2.0361.1)

Bij behandeling van metastaseringen of recidief wordt na elke behandeling het subtraject afgesloten op het bij artikel 8.2.n genoemde moment.

Artikel 9. Het sluiten van een zorgtraject

De regels voor het sluiten van een zorgtraject zijn afhankelijk van het zorgtype (ZT) van het subtraject. Een zorgtraject wordt gesloten in onderstaande situaties:

- 9.1 Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of 21 wordt afgesloten:
 - a. Op het moment van overlijden van een patiënt;
 - b. 365 dagen na afsluiten van een subtraject indien geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of zijn gepland in de toekomst.
 - c. Voor het poortspecialisme cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten welke te vinden zijn in artikel 8.2.i.
- 9.2 Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek.
- 9.3 Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelij. of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (bv. kaakchirurgie) wordt afgesloten direct na uitvoering van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het OVP.
- 9.4 Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 of 52 met betrekking tot een opname op de IC-afdeling wordt afgesloten op het moment dat de patiënt van de IC-afdeling wordt ontslagen. Daarbij geldt dat het subtraject ZT51 met de zorgactiviteiten tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd dient te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 8.1.
- 9.5 Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning aan de hoofdbehandelaar wordt afgesloten wanneer het subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten conform de afsluitregels in artikel 8.1. Daarbij geldt dat het subtraject met de zorgactiviteiten tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar de grouper gestuurd dient te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 8.1.

Afleiden

Artikel 10. Regels afleiden

- 10.1 De zorgaanbieder zorgt te allen tijde voor een 100% betrouwbare en verifieerbare relatie gelegd met de op het moment van opening van het subtraject geldende DOT boomstructuur, -tabellen, en -afsluitregels en de software functioneert zodanig dat zorgproducten juist worden afgeleid op basis van deze landelijk door de NZa vastgestelde boomstructuur.



- 10.2 Afleiding vindt uitsluitend plaats door middel van een grouper die aantoonbaar voldoet aan de volgende voorwaarden en specificaties:
- Een grouper komt alleen tot afleiding als de input valide is⁹.
 - Een grouper past geen zorgactiviteiten of typering van subtrajecten aan.
 - Een grouper verwijdert de informatie bij een declaratieaanvraag nadat de aanvraag volledig behandeld is.
 - De gegevensverwerking van door zorgaanbieders aangeleverde data door een grouper mag niet worden gelogd (er mag uitsluitend meta-informatie worden bewaard) en is voor personen buiten de zorgaanbieder niet reproduceerbaar.
 - Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, aan de hand waarvan achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd.
 - Een grouper voorziet in een functionaliteit om proefaanleveringen en bepalingen van onderhanden werk te onderscheiden van aanleveringen ten behoeve van declaratie aan zorgverzekeraars.
 - Er bestaat een formele gestandaardiseerde procedure voor de communicatie en uitlevering van nieuwe versies van stamtabellen of softwarespecificaties. Hierin is te allen tijde inzichtelijk welke stamtabellen en specificaties toegepast zijn.
- 10.3 Van de aan zorgverzekeraars gedeclareerde zorgproducten is te allen tijde, middels een hash-functionaliteit, traceerbaar of deze zijn afgeleid door een bepaalde grouper of niet.
- 10.4 Op eerste verzoek wordt er middels een audit aangetoond dat er wordt voldaan aan de specificaties, zoals genoemd in artikel 10.1 t/m 10.3.

Declareren

Artikel 11. Algemene declaratiebepalingen

- 11.1 De zorgaanbieder (niet een grouper) als bedoeld in artikel 2 is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een DBC-zorgproduct en/of overig zorgproduct.

Artikel 12. Declaratiebepalingen voor DBC-zorgproducten

- 12.1 De startdatum van het DBC-zorgproduct bepaalt bij welke zorgverzekeraar wordt gedeclareerd¹⁰.
- 12.2 Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de door de NZa vastgestelde registratiebepalingen.
- 12.3 Bij declaratie van een DBC-zorgproduct vermeldt de zorgaanbieder het subtrajectnummer.
- 12.4 Declaraties van parallelle DBC-zorgproducten zijn niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.
- 12.5 De declaratie van een DBC-zorgproduct moet een zegel (hash-code) hebben waaruit blijkt dat deze door een grouper is afgeleid.
- 12.6 De rekening van levende orgaandonoren wordt in rekening gebracht bij de verzekeraar van en op naam van de ontvanger.

Artikel 13. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

- 13.1 De uitvoeringsdatum van het overige zorgproduct bepaalt bij welke zorgverzekeraar wordt gedeclareerd¹¹.
- 13.2 De add-on (zorgactiviteiten met de indicatie add-on) mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'los van het zorgproduct' worden gedeclareerd.
- 13.3 Bij declaratie van een add-on wordt het subtrajectnummer van het zorgproduct waarop het betrekking heeft meegestuurd. Indien er sprake is van een IC met zorgtype 52 wordt het (eigen) subtrajectnummer meegestuurd¹².
- 13.4 De add-on wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar waar de verzekering liep ten tijde van de uitvoerdatum van de add-on.
- 13.5 Een ondersteunend product (OP) kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns, waarbij dit overige zorgproduct niet leidt tot een zorgtraject, of;
 - Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, of;
 - Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met Medisch-specialistische zorg

⁹ Onder input wordt de data verstaan welke aan een grouper wordt aangeboden, zoals subtraject en zorgactiviteiten.

¹⁰ Indien ten tijde van de openingsdatum van het DBC-zorgproduct de patiënt onverzekerd was of er op dat moment geen aanspraak was, zal het DBC-zorgproduct bij de patiënt worden gedeclareerd.

¹¹ Indien ten tijde van de uitvoeringsdatum van het overige zorgproduct de patiënt onverzekerd was of er op dat moment geen aanspraak was, zal het overige zorgproduct bij de patiënt worden gedeclareerd.

¹² Dit artikellid is niet van toepassing op add-ons die behoren bij een DBC met openingsdatum in 2011.



zoals beschreven in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met Medisch-specialistische zorg'.

- 13.6 Een overig product (OVP) kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:
 - a. Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns, waarbij dit overige zorgproduct niet leidt tot een zorgtraject, of;
 - b. Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt.
- 13.7 Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan door de dienstverlenende instelling geen DBC-zorgproduct of overig zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht. Deze bepaling is niet van toepassing op WBMV-zorg. In dat geval mag de uitvoerende instelling wel een DBC-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels.
- 13.8 Overige trajecten worden los per dag gedeclareerd. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.
- 13.9 Naast de hier vermelde declaratiebepalingen gelden voor overige zorgproducten tevens de bij de desbetreffende prestatieomschrijvingen¹³ vermelde specifieke declaratiebepalingen.

Artikel 14. Terugvaloptie

- 14.1 Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct, waarvoor hij geen overeenkomst¹⁴ heeft met de zorgverzekeraar, vóór de op grond van in artikel 8.1 beschreven sluitingsregels vastgestelde sluitingsdatum declareren indien wordt voldaan aan elk van de onderstaande voorwaarden:
 - a. De behandelend specialist heeft vastgesteld dat de feitelijke behandeling in het kader van het betreffende subtraject is beëindigd, en;
 - b. Alle registratieregels zijn in acht genomen (met dien verstande dat de sluitingsdatum een toekomstige datum is), en;
 - c. Er is geen sprake van uitzonderingen op de afsluitregels, zoals genoemd in artikel 8.2.
- 14.2 Het in het voorgaande lid beschreven recht vervalt met terugwerkende kracht indien de onder a bedoelde behandeling vóór de onder b bedoelde toekomstige sluitingsdatum wordt hervat.

Informereren

Artikel 15. Informatieverplichting bij declaratie

- 15.1 Informatieverplichting bij declaratie van DBC-zorgproducten
Bij het declareren wordt de voorgeschreven wijze van codering toegepast. Declaraties vermelden in ieder geval de navolgende gegevens:
 - a. DBC-zorgproduct startdatum: Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten. Alle subtrajecten vormen een afzonderlijk DBC-zorgproduct en hebben een eigen startdatum.
 - b. DBC-zorgproduct einddatum: Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten. Alle subtrajecten vormen een afzonderlijk DBC-zorgproduct en hebben een eigen einddatum.
 - c. (Typerende) Diagnose: De typerende diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (is het subtraject) is getypeerd.
 - d. DBC-declaratiecode: 6-cijferige code waarmee een relatie wordt gelegd tussen het zorgproduct en het gereguleerde tarief of de afgesproken prijs van het DBC-zorgproduct. In het A-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 individueel DBC-zorgproduct in het B-segment wordt een DBC-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 15 (verzekerde zorg) en / of 17 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.
 - e. Subtrajectnummer: Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
 - f. Hash-code: Een code welke aangeeft dat de prestatie door een grouper is afgeleid.
 - g. Kostenbedrag en honorariumbedrag: op de declaratie dient het totale DBC-zorgproduct tarief uitgesplitst te zijn in een kostenbedrag voor de zorginstelling, en een totaalbedrag voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg. Het totaalbedrag voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg is de optelling van de honorariumbedragen per specialisme.
 - h. DBC-zorgproductcode: De DBC-Zorgproductcode is opgebouwd uit een DBC-

¹³ Deze zijn te vinden in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

¹⁴ Onder overeenkomst wordt verstaan: een overeenkomst voor de levering van (bepaalde) zorg.

- Zorgproductgroepcode (zes posities) aangevuld met de code van het DBC-zorgproduct binnen de groep (drie posities).
- i. AGB-code uitvoerend specialisme: De AGB-code van het specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroep indeling (de AGB-code van de hoofdbehandelaar is hierbij leidend). Deze AGB-code bestaat uit 4 posities.
 - j. Lekenomschrijving: op de declaratie van de zorginstelling aan de patiënt dient voor DBC-zorgproducten de zogenaamde lekenomschrijving te worden opgenomen.
 - k. Type verwijzer: op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
 - 1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 - 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 - 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
 - 4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
 - 5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
 - 6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
 - 7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
 - 8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).
 - l. AGB-code verwijzer: Indien er sprake is van type verwijzer zoals genoemd onder k3, k4, k6, dient op de declaratie van de zorginstelling de AGB-code van de verwijzer te worden opgenomen. Indien er sprake is van een type verwijzer zoals genoemd onder k1, k2, k5, k7, k8 kan de AGB-code van de verwijzer niet vermeld worden.
 - m. AGB-code verwijzend specialisme: Indien er sprake is van type verwijzer zoals genoemd onder k5 of k6 dient op de declaratie van de zorginstelling de AGB-code van het verwijzende specialisme te worden opgenomen. Indien er sprake is van een type verwijzer zoals genoemd onder k7 dient bij dit onderdeel de eigen AGB-specialismecode te worden vermeld. Indien er sprake is van een type verwijzer zoals genoemd onder k1, k2, k3, k4, k8 kan de AGB-code van het verwijzende specialisme niet vermeld worden.
 - n. Afsluitreden: De afsluitreden wordt gecodeerd volgens de afsluitreden tabel en geeft de reden van sluiting van het traject weer. De afsluitreden kan volledig automatisch door de lokale ziekenhuisapplicaties worden afgeleid.
 - o. Indicatie machtiging: middels 'ja' of 'nee' wordt op de nota aangegeven of de declaratie zorgactiviteiten bevat waarvoor een machtiging is vereist.
- 15.2 Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten
- Bij het declareren wordt de voorgeschreven wijze van codering toegepast. Declaraties vermelden indien van toepassing de in dit artikel vermelde gegevens. In artikel 15.3 wordt per soort overig zorgproduct middels een 'x' aangegeven welk van de onderstaande onderdelen a t/m i minimaal moeten worden vermeld bij de declaratie van het overige zorgproduct.
- a. Uitvoerdatum: De uitvoerdatum van de zorgactiviteit.
 - b. Subtrajectnummer: Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
 - c. Aantal gebruikte milligram (de gedeclareerde hoeveelheid).
 - d. DBC-Zorgproductcode: De zorgproductcode is de zorgactiviteitcode (zes posities).
 - e. AGB-code uitvoerend specialisme: De AGB-code van het specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroep indeling (de AGB-code van de hoofdbehandelaar is hierbij leidend). Deze AGB-code bestaat uit 4 posities.
 - f. Lekenomschrijving: op de declaratie van de zorginstelling aan de patiënt dient voor overige zorgproducten de zogenaamde lekenomschrijving te worden opgenomen.
 - g. Type verwijzer: op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
 - 1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 - 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 - 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
 - 4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
 - 5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).



6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
 7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
 8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).
 9. Patiënt welke gebruik maakt van directe toegang tot paramedisch hulp (bijvoorbeeld directe toegang tot fysiotherapie).
 - h. AGB-code verwijzer: Indien er sprake is van type verwijzer zoals genoemd onder g3, g4, g6, dient op de declaratie van de zorginstelling de AGB-code van de verwijzer te worden opgenomen. Indien er sprake is van een type verwijzer zoals genoemd onder g1, g2, g5, g7, g8, g9 kan de AGB-code van de verwijzer niet vermeld worden.
 - i. AGB-code verwijzend specialisme: Indien er sprake is van type verwijzer zoals genoemd onder g5 of g6 dient op de declaratie van de zorginstelling de AGB-code van het verwijzende specialisme te worden opgenomen. Indien er sprake is van een type verwijzer zoals genoemd onder g7 dient bij dit onderdeel de eigen AGB-specialismecode te worden vermeld. Indien er sprake is van een type verwijzer zoals genoemd onder g1, g2, g3, g4, g8, g9 kan de AGB-code van het verwijzende specialisme niet vermeld worden.
- 15.3 Overzicht minimale informatieverplichting per soort overige zorgproduct

	a	b	c	d	e	f	g	h	i
Add-on IC's	x	x		x	x	x	x	x	x
Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ondersteunende producten (OP's)	x			x	x	x	x	x	x
Overige producten (OVP's)	x			x	x	x	x	x	x
Overige trajecten	x			x	x	x	x	x	x
Overige verrichtingen	x			x	x	x	x	x	x

Tabel 1: Overzicht minimale informatieverplichting bij declaratie per soort prestatie. De letters in de kolommen corresponderen met de onderdelen van artikel 15.2.

Artikel 16. Standaardprijslijst

Zorgaanbieders zoals genoemd in artikel 2 van de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' maken een standaardprijslijst bekend voor prestaties in het vrije segment.

16.1 De standaardprijslijst dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- a. Een zorgaanbieder maakt een standaardprijslijst bekend volgens het door de NZa meest recent vastgestelde sjabloon 'standaardprijslijst ziekenhuiszorg'.
- b. De standaardprijslijst vermeldt één prijs voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening kan brengen.
- c. De prijzen op de standaardprijslijst dienen te zijn uitgesplitst in een kostencomponent voor de zorgaanbieder en een totaalbedrag voor de honoraria. De totaalprijs is de niet afgeronde optelling van deze beide delen.
- d. De standaardprijslijst bevat de meest recente prijzen en vermeldt de datum waarop zij in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle prijzen op de standaardprijslijst.
- e. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het voor een consument op eenvoudige wijze mogelijk is om voor aanvang van een behandelingsovereenkomst op afstand kennis te nemen van de standaardprijslijst. Desgevraagd informeert de zorgaanbieder een consument via de telefoon over de prijzen welke zijn genoemd op de standaardprijslijst. Desgevraagd stuurt de zorgaanbieder een consument binnen achtenveertig uur per post of digitaal de gevraagde prijsinformatie toe.

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



BIJLAGE 1: DIAGNOSE-COMBINATIETABEL

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