

Inhoudsopgave

Kenmerk
BR/CU-2134

Artikel 1.	Grondslag	2
Artikel 2.	Aanwijzingen.....	2
Artikel 3.	Doel.....	2
Artikel 4.	Reikwijdte.....	2
Artikel 5.	Inwerkingtreding	3
Artikel 6.	Intrekking beleidsregels	3
Artikel 7.	Overgangsbepaling	3
Artikel 8.	Begrippen en afkortingen.....	3
Artikel 9.	Ingangsdatum gewijzigde prestaties en tarieven.....	8
Artikel 10.	Soorten prestaties	8
Artikel 11.	DBC-zorgproducten.....	8
Artikel 12.	Zorgactiviteiten	10
Artikel 13.	Overige zorgproducten	21
Artikel 14.	Supplementaire producten	22
Artikel 15.	Eerstelijnsdiagnostiek.....	34
Artikel 16.	Paramedische behandeling en onderzoek.....	36
Artikel 17.	Overige verrichtingen.....	38
Artikel 18.	Tariefopbouw en tariefsoorten	40
Artikel 19.	Kostenbedragen DBC-zorgproducten	42
Artikel 20.	Kostenbedragen overige zorgproducten	52
Artikel 21.	Berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten.....	54
Artikel 22.	Bepaling BKZ bedrag per specialisme (stap 1)	56
Artikel 23.	Bepaling productiedataset (stap 2)	57
Artikel 24.	Verdeelsleutels (stap 3).....	57
Artikel 25.	Berekenen honorariumtarief per zorgproduct (stap 4)	57
Artikel 26.	Honorariumbedragen overige zorgproducten	58
Artikel 27.	Ondersteunende specialismen in het vrije segment	58
Bijlage 1	Overzicht DBC-zorgproducten.....	60
Bijlage 2	Typeringslijsten per specialisme.....	60
Bijlage 3	Zorgactiviteitentabel.....	60
Bijlage 4	Overzicht overige zorgproducten.....	60
Bijlage 5	Stofnamen en indicatielijst add-on geneesmiddelen.....	60
Bijlage 6	Indicatielijst stollingsfactoren	60
Bijlage 7	NHC kapitaallastenopslag voor geriatrie revalidatiezorg....	60
Bijlage 8	Lijst ondersteunerhonoraria B-segment	60

Artikel 1. GrondslagKenmerk
BR/CU-2134Pagina
2 van 60

Op grond van artikel 57, eerste lid, sub b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Op grond van artikel 53, sub b juncto artikel 52, sub e van de Wmg stelt de NZa de tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve vast.

Artikel 2. Aanwijzingen

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

Artikel 3. Doel

In deze beleidsregel beschrijft de NZa haar beleid met betrekking tot de prestaties en tarieven voor de medisch specialistische zorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering, audiologische zorg, geriatrische revalidatiezorg en trombosezorg.

Artikel 4. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering, audiologische zorg en geriatrische revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Deze beleidsregel is ook van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden. Voor de toepassing van het beleid maken wij onderscheid naar categorieën van specialismen zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register geldt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving voor het desbetreffende specialisme door de NZa.

Deze beleidsregel is ook van toepassing op handelingen¹ op het gebied van de individuele gezondheidszorg of werkzaamheden² in het kader van de beroepsuitoefening 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.

Deze beleidsregel is niet van toepassing op tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hieronder valt de tweedelijns curatieve GGZ als omschreven bij of krachtens de Zvw die wordt geleverd door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's', en niet verplicht verzekerde tweedelijns curatieve GGZ.

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

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, sub c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Artikel 5. Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 november 2014 en eindigt van rechtswege op 1 januari 2015.

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), wordt geplaatst.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Artikel 6. Intrekking beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2130 ingetrokken.

Artikel 7. Overgangsbepaling

De beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2130, 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 x-1 en doorlopend in jaar x) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing blijft.

Artikel 8. Begrippen en afkortingen

In deze beleidsregel worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

8.1 Add-on

Een add-on is een overig zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct (aanhaakprestatie). Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Een add-on valt onder de categorie 'Supplementaire producten'.

8.2 Beslisboom

De beslisboom beschrijft de criteria op grond waarvan een subtraject in combinatie met zorgactiviteiten door een grouper wordt afgeleid tot een DBC-zorgproduct of uitvalproduct. De NZa stelt de beslisbomen vast.

8.3 Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Het Budgettair Kader Zorg geeft het jaarlijks door VWS vastgestelde budget weer dat beschikbaar is voor de uitgaven die vallen onder de Zvw. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de beschikbare middelen voor de vrijgevestigde medisch specialisten (BKZ MS), het budget dat beschikbaar is voor (overige) kosten van instellingen voor medisch specialistische zorg (BKZ Ziekenhuizen) en het budget dat beschikbaar is voor de geriatrie revalidatiezorg.

8.4 Budgettair Kader Zorg (BKZ) per specialisme

Het BKZ per specialisme verwijst naar de in de honorariumberekening bepaalde beschikbare middelen per medisch specialisme.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
4 van 60

8.5 DBC

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

8.6 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten via de beslisbomen. Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel DBC-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen.

8.7 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).

8.8 DBC-zorgproductgroep

Een DBC-zorgproductgroep is een verzameling van DBC-zorgproducten. Deze is geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD-10 diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke DBC-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.

8.9 DBC-zorgproductgroepcode

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

8.10 Declaratiedataset

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

8.11 Diagnose-combinatietabel

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

8.12 Eigen patiënt

Een patiënt geldt voor een medisch specialist³ of instelling als eigen patiënt als deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot die medisch specialist. Deze medisch specialist wordt aangemerkt als hoofdbehandelaar wanneer deze specialist voor het verlenen van (medische) zorg op dat moment in de instelling zijn praktijk uitoefent.

³ Waar in deze beleidsregel wordt gesproken over 'medisch specialist' kan daarmee ook worden bedoeld: de klinisch fysicus audioloog of de specialist ouderengeneeskunde.

8.13 Gereguleerd segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt voor het kostendeel.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
5 van 60

8.14 Grouper

Een applicatie in een beveiligde omgeving die uit de aangeleverde declaratiedatasets DBC-zorgproducten en add-ons afleidt conform de NZa vastgestelde beslisbomen.

8.15 Honorariumbedrag (of honorariumcomponent)

Het maximum bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een medisch specialist. Al dan niet in combinatie met het kostenbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct.

8.16 Hoofdbehandelaar

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en die verantwoordelijk is voor de behandeling.

8.17 ICD-10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) wordt onderhouden door de World Health Organisation (WHO). ICD-10 is gebruikt als basis voor de productstructuur.

8.18 Kostenbedrag (of kostencomponent)

Het bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht mag worden ter vergoeding van de instellingskosten. Al dan niet in combinatie met het honorariumbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct.

8.19 Kostendrager

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

8.20 Onderlinge dienstverlening

Onderlinge dienstverlening is het onderling afspraken maken en verrekenen van diensten tussen zorgaanbieders. Er is sprake van onderlinge dienstverlening indien geen sprake is van een eigen patiënt volgens de definitie, maar de prestatie (op verzoek van de hoofdbehandelaar) door een andere instelling of een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) wordt geleverd. Er is dus sprake van onderlinge dienstverlening als zorg geleverd wordt tussen:

- instelling x en instelling y (één van beiden is hoofdbehandelaar), of;
- een medisch specialist en een andere instelling (één van beiden is hoofdbehandelaar).

Indien deze prestatie is uitgedrukt in zorgactiviteiten behoren deze tot het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

8.21 Ondersteunend specialist

Een ondersteunend specialist is een specialist die niet als poortspecialist fungeert. Een ondersteunend specialist voert medisch specialistische

handelingen uit in het kader van het zorgtraject van een poortspecialist en heeft geen eigen zorgtraject.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
6 van 60

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel fungeren als poortspecialist en is er sprake van een eigen zorgtraject, namelijk bij radiologie (0362), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390). Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie (0362), nucleaire geneeskunde (0363), klinische chemie (0386), medische microbiologie (0387), pathologie (0388), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).

8.22 Ondersteuners compensatiefactor (OCF)

Met het invoeren van de DBC-systematiek is een onder- of overwaardering van zorgprofielen ontstaan bij de ondersteunende specialismen. Op basis van deze factor vindt een correctie plaats van de honorariumcomponenten.

8.23 Overig zorgproduct (OZP)

Een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.⁴

8.24 Poortspecialist

Een poortspecialist is de medisch specialist naar wie 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/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).⁵

8.25 Poortfunctie

De poortfunctie kan door een poortspecialist, een medisch specialist van een ondersteunend specialisme, klinisch fysicus audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme of dat type van zorg een typeringslijst heeft vastgesteld. Dit geldt voor: radiologie (0362), anesthesiologie (0389), klinische genetica (0390), audiologie (1900) en geriatrische revalidatiezorg (8418).

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

⁴ Tot en met 2012 bestonden overige zorgproducten uit vijf categorieën: add-ons, ondersteunende producten (OP), overige producten (OVP), overige trajecten en overige verrichtingen.

⁵ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

8.26 Specialist ouderengeneeskundeKenmerk
BR/CU-2134

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

Pagina
7 van 60**8.27** Subtraject

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten. Dat moment wordt bepaald door de sluitregels in het hoofdstuk Registreren van de regeling medisch specialistische zorg. Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een (DBC-)zorgproduct of een uitvalproduct. Een zorgtraject bestaat uit één of meerdere subtrajecten.

8.28 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.

8.29 Uitvalproduct

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

8.30 Verdeelsleutel

De verdeelsleutel is de verhouding waarin de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten ten opzichte van elkaar genormeerd zijn in de berekening van de honorariumbedragen.

8.31 Verpleeghuis

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

8.32 Vrij segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt voor het kostendeel.

8.33 Zorgactiviteit

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

8.34 Zorgproduct

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

8.35 Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

8.36 ZorgtrajectKenmerk
BR/CU-2134Pagina
8 van 60

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

Artikel 9. Ingangsdatum gewijzigde prestaties en tarieven

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 uitzonderingen voordoen:

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

Artikel 10. Soorten prestaties

De zorgprestaties binnen de medisch specialistische zorg zijn onderverdeeld in:

- DBC-zorgproducten;
- Overige zorgproducten.

Artikel 11. DBC-zorgproducten

Een DBC-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een instelling en medisch specialist. Hiervoor gelden integrale kosten- en honorariumbedragen (tenzij anders omschreven in deze beleidsregel) die alle kosten van het ziekenhuis en het honorarium van de medisch specialist omvatten.⁶ De DBC-zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 1.

11.1 DBC-zorgproductgroep

DBC-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende DBC-zorgproductgroepen. De basis voor deze indeling zijn de hoofd- en subhoofdstukken van de ICD-10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot DBC-zorgproducten. 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 PreMDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de PreMDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD-10 hoofdstukken.

11.2 DBC-zorgproductcode

Voor declaratiedoeleinden wordt een DBC-zorgproduct voorzien van 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).

11.3 Declaratiecode

Aan elke DBC-zorgproductcode wordt een declaratiecode⁷ verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in

⁶ Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan, tenzij in deze beleidsregel is bepaald dat naast het DBC-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add-on, mag worden gedeclareerd.

⁷ De declaratiecode behorend bij het DBC-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

rekening mag worden gebracht.⁸ De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities informatie geven over het segment en de door het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) vastgestelde aanspraak met betrekking tot het betreffende DBC-zorgproduct (zie tabel 1).

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
9 van 60

Tabel 1. Declaratiecode

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

11.4 Subtraject

Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de prestatiebeschrijving wordt binnen een subtraject een drietal componenten onderscheiden. Deze componenten worden door de hoofdbehandelaar getypeerd op basis van de door de NZa vastgestelde typeringslijsten per specialisme. Deze componenten zijn:

- zorgtype;
- zorgvraag;
- diagnose.

De typeringslijsten per specialisme zijn opgenomen in bijlage 2.

11.4.1 Zorgtype

De volgende zorgtypes worden onderscheiden:

- Zorgtype 11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
- Zorgtype 21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
- Zorgtype 13: het subtraject bij een intercollegiaal consult (ICC). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
- Zorgtype 51: subtraject voor opname op de IC en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- Zorgtype 52: subtraject voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- Zorgtype 41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek en prenatale screening.

11.4.2 Zorgvraag

Bij enkele specialismen speelt de component zorgvraag⁹ een rol bij het afleiden van een subtraject. Het gaat om de specialismen: plastische chirurgie, urologie, kindergeneeskunde/neonatologie, revalidatiegeneeskunde en consultatieve psychiatrie. Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.

11.4.3 Diagnose

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 veranderd inzicht de diagnose voor

⁸ Bij één declaratiecode kunnen (onder een eventueel maximumtarief) meerdere prijsafspraken worden gemaakt (prijsdifferentiatie).

⁹ De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
10 van 60

Artikel 12. Zorgactiviteiten

Om te komen tot een declarabel DBC-zorgproduct zijn naast een subtraject dat voldoet aan de afleidingsvoorwaarden, ook de zorgactiviteiten van belang. De NZa heeft de zorg onderverdeeld in zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten bestaan uit een unieke zorgactiviteitcode en bijbehorende omschrijving. De geldende zorgactiviteiten zijn opgenomen in de zorgactiviteitentabel in bijlage 3.

De zorgactiviteiten zijn de bouwstenen van een DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct. Ze bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd.

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

12.1 Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060 en 190063)¹⁰

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007 en 190060) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008 en 190013) moet sprake zijn van:

- face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist¹¹ (specialist of arts-assistent), en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuringen;
- intercollegiale consulten;
- medebehandeling van klinische patiënten;
- overname van klinische patiënten;
- intake gesprek voor een (klinische) opname.

Bezoeken aan het ziekenhuis waarbij op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts) onderzoek en/of behandeling plaatsvindt (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium 'face-to-face-contact'.

12.1.1 Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een medisch specialist van een poortspecialisme consulteert.

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

¹⁰ Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

¹¹ Hieronder valt ook de anesthesioloog als deze de poortfunctie uitvoert.

12.1.2 Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een medisch specialist van een poortspecialisme consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
11 van 60

12.1.3 Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties (190063)

Intensief consult tussen poortspecialist en patiënt met een hoge ouderdom of een beperkte levensverwachting, vanwege (combinaties van) infauste prognose, multimorbiditeit, ernstige fysieke en/of cognitieve beperkingen. Dit intensieve consult is bedoeld om samen met de patiënt en eventueel de sociale omgeving van de patiënt (op basis van 'shared decision making') de overwegingen van de patiënt te bespreken over het al dan niet staken of starten van een curatieve of levensverlengende behandeling.

Dit consult kan worden geregistreerd als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Er is sprake van face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist (niet zijnde arts-assistent).
- Er is sprake van een consult van minimaal 30 minuten direct patiëntgebonden tijd.
- Dit gesprek wordt binnen enkele weken opgevolgd door een regulier consult om te komen tot een afgewogen besluit.¹²
- Er dient op verifieerbare wijze in het medisch dossier zijn te herleiden welke opties van wel en niet behandelen zijn voorgelegd.
- Dit consult en de uitkomst wordt ten minste ook schriftelijk teruggekoppeld aan de huisarts.

Deze activiteit kan niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

12.2 Ambulante behandeldag GRZ (194805)

Een controlebezoek of een beperkt aantal uren durende vorm van (groeps-)behandeling in een zorginstelling, waarbij de patiënt geen gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten.¹³ De ambulante behandeldag is gepland en noodzakelijk in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde. De behandeling vindt plaats in aansluiting op een intramurale opname of dagbehandeling.

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

12.3 Screen to screen beeldcontact tussen poortspecialist en patiënt bij een al geopende DBC ter vervanging van een fysiek herhaalconsult (190019)

Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een medisch specialist van een poortspecialisme consulteert middels een video verbinding. Dit consult dient ter vervanging van een fysiek herhaalpolikliniekbezoek.

¹² Indien de patiënt in de tijd tussen het intensieve consult en het reguliere consult komt te overlijden geldt een uitzondering. In dat geval kan het intensieve consult niet opgevolgd worden door een regulier consult.

¹³ Er is sprake van een verblijf indien is voldaan aan de definitie van een verpleegdag.

12.4 Dagverpleging (190030 en 190090)

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar¹⁴ en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.¹⁵

12.5 Langdurige observatie zonder overnachting (190091)¹⁶

Een niet geplande vorm van verpleging, met als doel observatie van de patiënt, op een voor verpleging ingerichte afdeling. Elke observatie omvat ten minste een systematisch controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Deze controles dienen bij herhaling c.q. meerdere keren met tussenpozen plaats te vinden. Het doel van de observatie is het bepalen van het verdere medische beleid en moet te herleiden zijn uit het medisch dossier.¹⁷ Een langdurige observatie duurt minimaal vier aaneengesloten uren.

12.6 Intensieve, niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting (190296)

Intensieve, niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting (190296) kan worden vastgelegd onder de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een opname van minimaal 6 uur op een voor verpleging ingerichte afdeling.
- Er sprake van continue verpleegkundige zorg.

Van deze voorwaarden kan worden afgeweken als hierover een contractuele overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Wanneer op twee achtereenvolgende kalenderdagen deze zorgactiviteit wordt vastgelegd bij een aantal specifieke diagnoses (3202, 3208, 3210, 3303, 3308, 3317, 3320, 3327, 3328, 4110, 4112, 4113, 7101, 7112, 7199, 7110, 7405, 7606 en 8910) wordt er een 'kort klinisch' product afgeleid.

12.7 Klinische opname (190021)

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen¹⁸ worden geregistreerd. Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door (een) afwezigheidsdag(en)) kan slechts één 'klinische opname' (190021) worden geregistreerd. Interne verplaatsingen worden niet als nieuwe opnamen gerekend.

Overplaatsing naar een ander ziekenhuis wordt wel als een nieuwe opname voor het opnemende ziekenhuis gerekend.

¹⁴ Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland).

¹⁵ Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet tijdens een klinische opname worden geregistreerd.

¹⁶ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

¹⁷ Deze kenmerken maken ten minste en vanzelfsprekend deel uit van elke observatie. De verleende zorg dient dus in ieder geval deze kenmerken te omvatten, ongeacht hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders het begrip observatie verder afbakenen.

¹⁸ Voor de definitie van een verpleegdag zie artikel 12.8.

12.8 Verpleegdag (190200, 190207, 190218 en 194804)Kenmerk
BR/CU-2134Pagina
13 van 60

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat).¹⁹ Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp.²⁰

Toelichting

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd dient te worden (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan). Deze voorbeelden kunnen ook gebruikt worden bij meerdere overnachtingen tijdens een klinische opname. Dan gelden dezelfde grenzen.

Tabel 2. Voorbeelden bij het begrip overnachting

Opnametijd patiënt X	Ontslagtijd Patiënt X	Aantal verpleegdagen binnen DOT
Voor 20.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	2
Na 20.00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	1
Na 00.00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x	0
Na 00.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x	0

12.9 Verpleegdag instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij ziekenhuisindicatie (190089)

Registratie eenheid voor een verpleegdag in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij een ziekenhuisindicatie. Deze zorgactiviteit kan worden vastgelegd indien een patiënt in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg verblijft, maar de overdracht van de medisch specialist naar de specialist ouderengeneeskunde nog niet heeft plaats gevonden. De instelling voor medisch specialistische zorg registreert deze zorgactiviteit naast een reguliere verpleegdag als onderdeel van het medisch specialistische behandeltraject. De instelling voor geriatrische revalidatiezorg kan deze zorgactiviteit ook registreren, maar mag hiernaast geen reguliere verpleegdag vastleggen.

12.10 Afwezigheidsdag (190034 en 194809)

De kalenderdag volgend op de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft wordt aangemerkt als afwezigheidsdag, indien geen sprake is van definitief ontslag. Het betreft een - geplande - afwezigheid van ten hoogste drie dagen, waarbij iedere kalenderdag

¹⁹ De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van opname.

²⁰ Een nadere toelichting op de definitie van verpleegdag is opgenomen in circulaire CI/12/63c.

waarop de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft geregistreerd wordt als zijnde afwezigheidsdag. Het is niet toegestaan om voor één kalenderdag zowel een afwezigheidsdag als een verpleegdag te registreren.

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
14 van 60

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

12.11 ATLS traumaopvang - diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS gecertificeerd medisch specialist (039676)

De behandeling van de zwaarste categorie traumapatiënten (multitraumapatiënten met ISS $\geq$ 16) die opgevangen worden volgens de ATLS systematiek door een medisch specialist die bevoegd en bekwaam is in het diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties.

12.12 Cochleaire implantaten (pre-)implantatie (031903 en 031905)

Een zorgactiviteit 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij volwassenen' (031903) en 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij kinderen' (031905) mag uitsluitend door één zorgaanbieder worden geregistreerd op de dag van implantatie.

12.13 Nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)

Een zorgactiviteit 'cochleaire implantaten nazorg volwassenen' (031904) en 'cochleaire implantaten nazorg kinderen' (031906) mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal per jaar worden geregistreerd op de dag van een herhaal-polikliniekbezoek.

12.14 Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397 en 192042)

Een zorgactiviteit voor nazorg na orgaantransplantaties (039385 t/m 039397 en 192042) mag per instelling door één hoofdbehandelaar eenmaal per jaar per transplantatie worden geregistreerd op de dag van een herhaal-polikliniekbezoek.

12.15 Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087 en 192098) na stamceltransplantatie mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal na een transplantatie worden geregistreerd op de dag van een herhaal-polikliniekbezoek.

12.16 Modulen complex chronisch longfalen (193200 t/m 193292)

De DBC-zorgproducten voor de long/astma centra kenmerken zich door de modulaire systematiek, welke een separaat ontwikkeltraject hebben doorlopen. De modulen (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De keuzes in

de behandeling worden zichtbaar in de registratie van de modules, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodulen (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modules (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria).

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
15 van 60

12.17 Patiëntgebonden behandel tijd (194815 t/m 194842)

De (directe en indirecte) patiëntgebonden behandel tijd voor een geriatische revalidant/medisch specialistische revalidant, in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan voor een revalidant. Onder revalidant kan eveneens worden verstaan een persoon die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld een lid van het patiëntstelsel (partner, familie etc.). De patiëntgebonden behandel tijd wordt per tijdseenheid van 5 minuten door de behandelaar vastgelegd.²¹

12.18 Teambespreking (039679)

Een bespreking van een patiënt in een instelling met een WBMV-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie, waarbij de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden, met als doel te beoordelen welke patiënt welke ingreep moet ondergaan. Het gaat om een patiënt die niet onder behandeling is bij het specialisme waar de patiënt besproken wordt. Het betreft besprekingen in het kader van cardiochirurgie, interventiecardiologie en electrofysiologie.

12.19 Preassessment (039696)

Een preoperatief onderzoek, uitgevoerd door een anesthesioloog, met als doel voorafgaand aan een ingreep een risico inventarisatie van de patiënt uit te voeren en daarmee risico reductie te bewerkstelligen bij patiënten die in dagverpleging of in klinisch setting worden geopereerd. Deze activiteit maakt onderdeel uit van het zorgprofiel van de operateur. Er kan geen polikliniekbezoek voor deze activiteit worden geregistreerd.

12.20 Klinisch peri-operatieve zorg (039693)

Preoperatief onderzoek, peri-operatieve begeleiding en postoperatieve zorg door een cardioloog tijdens de opname van een cardiochirurgische patiënt in een instelling met een WBMV-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie. Deze zorgactiviteit kan alleen worden vastgelegd in combinatie met een hartoperatie. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de thoraxchirurg.

12.21 Consult (oude of nieuwe patiënt) door radiotherapeut (090613)

Zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste consult van een radiotherapeut bij een nieuwe zorgvraag.

²¹ Voor de vastlegging van de specifieke activiteiten van de verpleging is een zestal specialistische zorgactiviteiten beschikbaar, waarbij alleen de direct patiëntgebonden tijd wordt vastgelegd en niet de indirect patiëntgebonden tijd.

12.22 Follow-up consult door radiotherapeut (090614)

Zorgactiviteit voor het registreren van herhaalbezoeken van een radiotherapeut op de polikliniek bij een lopend DBC-zorgproduct.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
16 van 60

12.23 Multidisciplinair overleg (190005)

Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie medisch specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit kan door iedere betrokken specialist worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking.

12.24 Overleg palliatieve zorg (190006)

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team, bestaande uit minimaal twee medisch specialisten.

12.25 Multidisciplinair consult (190010)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee poortspecialisten (specialist of arts-assistent) van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken specialist worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct.

12.26 Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling (190015)

Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent) in het kader van een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

12.27 Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (190016)

Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent) in het kader van een acute zorgvraag op een andere afdeling dan de spoedeisende hulp. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

12.28 Klinisch intercollegiaal consult (ICC) (190009)

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

12.29 Medebehandeling (190017)

Er is sprake van medebehandeling wanneer een poortspecialist een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (arts of arts-assistent) in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

12.30 Analyse behandeladvies en / of behandeling elders opgesteld en / of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (190022)

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
17 van 60

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van een beoordeling van een door een medisch specialist gestelde diagnose / voorgestelde behandeling door een tweede onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme / vakgebied als de eerste geconsulteerde medisch specialist in een andere instelling. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

12.31 Follow-up neonatale IC (190049)

Een polikliniekbezoek in het kader van protocol neonatologie (langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

12.32 Follow-up pediatrische IC (190029)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een patiënt met een PICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

12.33 Intakecontact (193126)

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

12.34 Informatiemodule (193127)

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

12.35 FIT-Module met minder dan tien sessies (193128) of (meer dan) tien sessies (193129)

De bewegingsmodule FIT van het enkel- of meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een aantal sessies van ieder minimaal vijf kwartier onder begeleiding van minimaal twee fysiotherapeuten met optionele inspanningstest. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies te worden vermeld.

12.36 PEP-Module (193130)

De PEP-module van het meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een intake, een aantal sessies met een psycholoog en een coördinator en (telefonische) nazorg. De module is gebaseerd op individuele intake en nazorg en een viertal sessies van twee uur in groepsverband. De module kan alleen in rekening worden gebracht als de patiënt minimaal twee sessies heeft bijgewoond. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies te worden vermeld.

12.37 Eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848)

Een zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste diagnostisch consult door de optometrist bij een nieuwe zorgvraag.

12.38 Voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849)

Een zorgactiviteit voor het registreren van (diagnostische) herhaalconsulten door de optometrist bij een bestaande zorgvraag.

12.39 Screening (intake) orthoptie (192855)

Screening (intake) is een eerste consult van een orthoptist met een patiënt die zonder verwijzing van een arts naar de zorgaanbieder gaat. Gedurende de intake inventariseert de zorgaanbieder de hulpvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder orthoptisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert of adviseert de patiënt.

12.40 Eerste orthoptisch onderzoek (binoculair) (039813)

Tijdens het eerste orthoptische onderzoek vindt een nadere anamnese plaats, wordt de diagnose gesteld, het behandelplan opgesteld en besproken met de patiënt. Verder vindt er verslaggeving plaats richting de verwijzer (indien deze aanwezig is).

12.41 Voortgezette orthoptische behandeling per bezoek (binoculair) (039814)

Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is).

12.42 Uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek (192856)

Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is). Van een uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek is sprake wanneer bij patiënten aantoonbaar uitgebreid orthoptisch onderzoek plaatsvindt op het gebied van motiliteit, sensoriek of objectieve refractie bepaling (skiascopie).

12.43 Algehele anesthesie bij specialistisch onderzoek en bij verrichtingen, waarvoor geen anesthesie staat vermeld (039090)

Als deze zorgactiviteit wordt uitgevoerd binnen DBC-zorgproducten voor kindergeneeskunde longgeneeskunde (zorgproductgroep 990616) geldt dat deze zorgactiviteit alleen mag worden vastgelegd als er een CT-scan, MRI-scan of een PET-scan van de thorax of luchtwegen onder totale narcose wordt uitgevoerd.

12.44 High risk voedselprovocatietest met infuus en monitorbewaking bij kinderen (039107)

De zorgactiviteit wordt geregistreerd bij het aanleggen van het infuus voor de high risk voedselprovocatietest.

12.45 Behandeling met methotrexaat (MTX) bij kinderen (039138)

De zorgactiviteit wordt per toediening geregistreerd.

12.46 Echografie hart door kindercardioloog of cardex (039472)

De zorgactiviteit wordt geregistreerd bij verdenking op een kindercardiologische aandoening of bij een niet complexe, niet topreferente kindercardiologische aandoening. Hierbij moet echografische beeldvorming worden uitgevoerd, geïnterpreteerd en beoordeeld. De zorgactiviteit kan alleen worden uitgevoerd door een kindercardioloog of door een kinderarts die is opgeleid in de non-invasieve kindercardiologische diagnostiek en echocardiografie en is geregistreerd bij de sectie kindercardiologie (Cardio-expert).

12.47 Echografie hart complex door kindercardioloog (039473)

Uitgebreide echocardiografie bij een kind met een reeds geconstateerde topreferente kindercardiologische aandoening, uitgevoerd en beoordeeld door een kindercardioloog. Er vindt gedetailleerde beeldvorming, interpretatie en verslaglegging van de cardiale anatomie en functie plaats. De duur van het echo-onderzoek is minimaal 30 minuten, waarbij gebruik gemaakt wordt van technologisch geavanceerde echocardiografieapparatuur.

Onder de zorgactiviteit omschrijving 'echografie hart complex door kindercardioloog' vallen ook echo-onderzoeken met analyse en beoordeling van TDI, strain, en strain rate imaging, 4D-echocardiografie, contrast echocardiografie, dobutamine stress echocardiografie en echocardiografie onder sedatie bij kinderen.

12.48 Opvang van het kind door kinderarts bij sectio caesarea (039508)

De opvang van het kind door de kinderarts in het kader van een klinische opname voor niet-complexe zorg neonatologie.

12.49 Uitgebreid allergologisch interview (> 45 minuten) uitgevoerd door kinderallergoloog (039509)

De zorgactiviteit wordt vastgelegd wanneer voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag de kinderallergoloog geconsulteerd wordt.

12.50 Begeleiding bij chronische totale parenterale voeding (TPV) (039578)

Controle van patiënt onder 18 jaar op thuis TPV, inclusief reguliere laboratoriumcontroles door MDL-kinderarts. De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

12.51 Afname en beoordeling trilhaarbiopten door kinderlongarts (039617)

Zorgactiviteit wordt geregistreerd bij kinderen met verdenking op ciliopathie.

12.52 Uitvoeren handelingsprotocol postmortaal wiegendood (039619)**Kenmerk**
BR/CU-2134

De procedure volgens het handelingsprotocol na wiegendood van de landelijke werkgroep wiegendood.

Pagina
20 van 60**12.53** Uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door kinderarts subspecialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630 en 039509)

Deze zorgactiviteiten worden door de genoemde kinderarts-subspecialist geregistreerd bij een topreferente casus van een subspecialistische aandoening bij kinderen. Hierbij moet ingewikkelde diagnostiek worden uitgevoerd, geïnterpreteerd, beoordeeld, begeleid en/ of bewaakt wat niet door een algemeen kinderarts kan worden gedaan. De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

Bij een niet-topreferente patiënt van het betreffende subspecialisme kan deze zorgactiviteit niet worden geregistreerd. Bij patiënten met klachten die ook door een algemeen kinderarts behandeld kunnen worden (bijvoorbeeld patiënten die door een subspecialist worden gezien tijdens de dienst of uit primaire adherentie) mag deze zorgactiviteit niet geregistreerd worden.

12.54 Begeleiding van kinderen bij de toediening van bloedtransfusies (039626)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij begeleiding van kinderen bij toediening van bloedtransfusies door een kinderarts in samenwerking met een tertiair centrum kinderhematologie of kinderoncologie.

12.55 Begeleiding van kinderen met insulinepomp zonder sensor (039627)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij kinderen met type 1 diabetes die onvoldoende goed geregeld zijn ($HbA_{1c} > 7.5\%$) met discontinue insuline toediening door middel van injectie. De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

12.56 Begeleiding van kinderen met insulinepomp met sensor (039628)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor kinderen waarbij aan de randvoorwaarden moet zijn voldaan zoals omschreven in het rapport 'Continue glucose monitoring' van het Zorginstituut (voormalig CVZ). De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

12.57 Instellen of reguleren stollingsfactoren bij kinderen met ernstige stollingsstoornissen (039631)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij patiënten met een factor VIII of IX van ($< 5\%$) of bij patiënten met een van Willebrand factor van ($< 35\%$). De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

12.58 Instellen metabool dieet (039637)

De zorgactiviteit wordt eenmalig geregistreerd wanneer op een metabool dieet wordt overgegaan.

12.59 Bijstellen metabool dieet (039638)**Kenmerk**
BR/CU-2134

De zorgactiviteit wordt geregistreerd wanneer het metabool dieet wordt gewijzigd.

Pagina
21 van 60**12.60** Klinisch peri-operatieve zorg longchirurgie bij kinderen in verband met congenitale longproblematiek (039695)

De zorgactiviteit wordt eenmalig per operatie geregistreerd.

12.61 Aansturen door kinderarts van multidisciplinair team met medisch specialisten van 3 verschillende AGB-specialismen (190003)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij het aansturen door de kinderarts van een multidisciplinair team met medisch specialisten van drie verschillende AGB-specialismen. De patiënt is door alle drie de AGB-specialismen afzonderlijk gezien en hiervan is verslag gedaan. Integratie cq. beleid op basis van de bevindingen en verslag hiervan wordt gedaan door de kinderarts.

Deze zorgactiviteit mag niet in combinatie met de zorgactiviteit Multidisciplinair overleg (190005) worden geregistreerd.

12.62 SKION stratificatie (193900 t/m 193904)

Een zorgactiviteit voor een door SKION afgegeven stratificatie licht, middel of zwaar mag eenmalig per DBC-zorgproduct worden geregistreerd.

Artikel 13. Overige zorgproducten

De prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd. Overige zorgproducten bestaan uit vier hoofdcategorieën, met daaronder subcategorieën, welke zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. Onderverdeling overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-on duur geneesmiddel
	Add-on weesgeneesmiddel
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Prenatale screening
	Trombosemeting
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadvisering
	Ergotherapie
	Fysiotherapie

	Logopedie	Kenmerk BR/CU-2134 Pagina 22 van 60
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck	
	Optometrie	
	Orthoptie	
	Verloskunde	
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde	
	Hyperbare zuurstofbehandeling	
	Kaakchirurgie	
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen	
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing	
	Reiskosten	
	SCEN-consultatie	
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen	
	Verpleging in thuissituatie	

De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 4.

Overige zorgproducten die in combinatie met een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden vallen onder de categorie 'supplementaire producten'. Een aantal producten uit deze categorie kunnen zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

Overige zorgproducten die niet in combinatie met een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden vallen in één van de hoofdcategorieën: eerstelijnsdiagnostiek of paramedische behandeling en onderzoek.

Artikel 14. Supplementaire producten

De categorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden. Supplementaire producten zijn onderverdeeld in vijf subcategorieën (zie tabel 4).

Tabel 4. Onderverdeling supplementaire producten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-on duur geneesmiddel
	Add-on weesgeneesmiddel
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren

14.1 Add-ons Intensive Care (IC)

Add-ons IC zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd. De Add-ons IC zijn onderverdeeld in de volgende prestaties:

- IC-behandelddag, ingedeeld in licht, middel en zwaar;
- IC-toeslag voor dialyse op de IC;

- IC-transport, ingedeeld in interklinisch transport en MICU transport korter en langer dan twee uur;
- IC consult;
- Neonatale en pediatrische intensive care zorg;
- ECMO-toeslag voor Extra Corporele Membraan Oxygenatie (ECMO) bij behandeling op Neonatale IC of Pediatrische IC.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
23 van 60

Het tarief voor de IC-behandeldag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op IC patiënten.

Welke IC-behandeldag (licht, middel of zwaar) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen IC-behandeldag licht in rekening worden gebracht.

Add-ons IC worden geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.

De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons IC²²:

- 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.²³
- Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.

14.1.1 Prestatiebeschrijvingen add-ons IC

IC-behandeldag licht, middel of zwaar (190153, 190154 en 190155)
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een IC patiënt, ingedeeld in behandeldag licht, middel of zwaar.

Niet als behandeldag wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt op de IC, in plaats van op de verkoeveraafdeling,²⁴ voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Dialyse toeslag (190156)

Deze toeslag geldt per dialysedag. Een dialysedag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist. De dialyse toeslag kan alleen naast de IC behandeldag (190153, 190154 en 190155) worden gedeclareerd. De dialysetoeslag mag niet gedeclareerd worden als de uitvoering plaatsvindt vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse DBC-zorgproduct.

IC-consult (190129)

Een intercollegiaal consult, uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC-afdeling (spoed en niet-spoed). Het consult moet aangevraagd zijn door een specialist (of andere arts die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling spoedeisende

²² Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject.

²³ 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.

²⁴ Dit geldt ook voor de Post Anesthesia Care Unit (PACU)

hulp). In geval van acute dreigende medische calamiteit kan dit consult ook ongevraagd plaatsvinden.²⁵

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
24 van 60

Interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 en 190131)

De begeleiding door een intensivist van een patiënt die vervoerd wordt van de IC van het ene ziekenhuis naar de IC van een ander ziekenhuis, waarbij het vervoer, inclusief de wachttijd op de ambulance, de overdracht in het ontvangende ziekenhuis en de terugreis korter duurt dan twee uur respectievelijk langer duurt dan twee uur. De geldende prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen voor interklinisch transport staan in de beleidsregel 'Regionale ambulancevoorziening'.

MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 en 190133)

Begeleiding van het transport van een IC-patiënt van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis door een Mobile Intensive Care Unit (MICU)-team, bestaande uit een IC-arts of intensivist en een MICU-verpleegkundige, waarbij het vervoer wordt uitgevoerd met behulp van een MICU, bestaande uit een MICU-trolley en een IC-ambulance en waarbij de wachttijd, de overdracht en de terugreis korter duren dan twee uur respectievelijk langer duren dan twee uur.

Neonatale intensive care (190150)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de neonatale IC van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling neonatologie.

Pediatrische intensive care (190151)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de pediatrische IC.

ECMO-toeslag (039611)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op de neonatale IC of pediatrische IC.

14.2 Add-ons Dure en Weesgeneesmiddelen

Uitgangspunt is dat de kosten van alle geneesmiddelen binnen de medisch specialistische zorg onderdeel zijn van de integrale tarieven van DBC-zorgproducten (binnen zowel het vrije als het gereguleerde segment). De inzet van dure en weesgeneesmiddelen kan echter leiden tot kosteninhomogeniteit binnen een DBC-zorgproduct. Om eventuele negatieve gevolgen van kosteninhomogeniteit te voorkomen is voor bepaalde geneesmiddelen en indicaties, welke voldoen aan hierna te noemen criteria, een aparte declaratietitel gecreëerd: de add-on dure en weesgeneesmiddelen.

Add-ons dure²⁶ en weesgeneesmiddelen zijn overige zorgproducten voor geneesmiddelen, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd. Stofnamen (van geneesmiddelen) die worden ingezet bij indicaties waarvoor geen add-on beschikbaar is kunnen gedeclareerd worden via de DBC-zorgproducten.

²⁵ Indien een IC-consult leidt tot een IC-behandelddag (op dezelfde kalenderdag) mag er geen IC-consult worden geregistreerd.

²⁶ De term 'dure' geneesmiddelen is afkomstig uit de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen'. Per 2012 zijn echter nieuwe criteria geïntroduceerd die bepalen wat 'duur' is (zie artikel 14.2.3).

Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on voor een geneesmiddel bij een bepaalde indicatie is geen duiding van een aanspraak of recht op vergoeding voor een individuele patiënt.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
25 van 60

14.2.1 Prestatiebeschrijvingen

De prestatie voor dure en weesgeneesmiddelen wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram of in units (E) per toedieningsvorm (bijvoorbeeld infusiepoeder of injectievloeistof) per patiënt per toediening.

De gebruikte hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Voorbeeld

- Voorgeschreven hoeveelheid: 32 mg
- Verpakkingseenheid: 5 mg
- Gebruikte hoeveelheid per patiënt per keer indien een andere patiënt niet met dezelfde verpakking kan worden behandeld: 35 mg
- Gebruikte hoeveelheid indien een andere patiënt met de resterende 3 mg uit dezelfde verpakking kan worden behandeld: 32 mg

14.2.2 Stofnamen en indicaties

De omschrijvingen van de add-ons dure en weesgeneesmiddelen omvatten de indicaties waarvoor deze geneesmiddelen als add-on in rekening kunnen worden gebracht.

De add-on lijst met stofnamen én indicaties per 2013 is als volgt samengesteld:

- a. De stofnamen zoals op 1 juni 2011 (voorlopig) opgenomen op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' zijn overgenomen, voor zover het door het Zorginstituut positief beoordeelde indicaties betreft.²⁷
- b. Alle stofnamen en/of indicaties die tussen 1 juni 2011 en 31 december 2011 door de NZa voorlopig zijn toegevoegd op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen', zijn in 2012 als add-on meegenomen in de uitlevering van de prestaties en tarieven en hebben een ingangsdatum van 1 januari 2012.
- c. De NZa heeft stofnamen en/of indicaties aan de lijst add-ons in 2012 toegevoegd als: daarvoor vóór 1 januari 2012 bij de NZa voorlopige opname op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' is aangevraagd én deze aanvraag door het Zorginstituut positief is beoordeeld op basis van de op 2011 van toepassing zijnde regelgeving. Een toevoeging van een stofnamen en/of indicatie aan de stofnamenlijst is in 2012 als een add-on meegenomen in de uitlevering van de prestaties en tarieven en krijgt een ingangsdatum van 1 januari 2012.
- d. Per 1 januari 2012 zijn acht geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) naar het ziekenhuiskader en declarabel als add-on. Het betreft de

²⁷ Geneesmiddelen en/of indicaties die tussen 1 juni 2011 en 31 december 2011 zijn verwijderd van de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen', zijn per 2012 wel declarabel als add-on.

- middelen die vallen in de groep TNF alfaremmers en daarnaast de stofnamen abatacept, anakinra en ustekinumab.
- e. De NZa heeft gedurende 2012 diverse add-ons vastgesteld voor stofnamen en / of indicaties waarvoor aanvragen op basis van de aanvraagprocedure add-ons zijn ingediend en goedgekeurd. Deze add-ons zijn declarabel met ingang van de eerst mogelijke uitlevering (release) van prestaties en tarieven.
 - f. Per 1 januari 2013 zijn zestien geneesmiddelen overgeheveld uit het GVS naar het ziekenhuiskader en declarabel als add-on. Het betreft (een selectie van) de middelen die vallen in de groepen groeihormonen en oncolytica.
 - g. Per 1 januari 2014 zijn dertien geneesmiddelen overgeheveld uit GVS naar het ziekenhuiskader, waarvan zes declarabel zijn als add-on. Het betreft fertiliteitshormonen.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
26 van 60

De add-on lijst met stofnamen en toegestane indicaties is opgenomen in bijlage 5. De NZa kan bepalen of deze stofnamen en/of indicaties op de add-on lijst op termijn ook getoetst zullen worden aan nader te bepalen criteria.

De stofnamen zoals opgenomen op 1 juni 2011 in de stofnamenlijst van de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen', waarvoor geldt dat de indicaties niet zijn vermeld op de add-on lijst (bijlage 5), zijn aangemerkt als zorgactiviteit (vermeld in bijlage 3). Gebruik hiervan wordt geacht vergoed te worden uit inkomsten van DBC-zorgproducten.

14.2.3 Aanvraag nieuwe add-ons geneesmiddelen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen, al dan niet door tussenkomst van een brancheorganisatie²⁸, een aanvraag indienen voor een nieuwe add-on indien het:

- een geregistreerde stofnaam en indicatie betreft, en;
- een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde stofnaam of indicatie betreft, of;
- een nog te registeren stofnaam of indicatie betreft waarvoor een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP).

Bij een add-on aanvraag moet de bevestiging van registratie en bijbehorende Europees openbaar beoordelingsrapport (EPAR) worden bijgevoegd. Indien een aanvraag wordt ingediend na positieve CHMP opinie, maar voor de afgifte van marktautorisatie, dient de aanvragende partij de aanvraag aan te vullen met de bevestiging van registratie en bijbehorende EPAR. Daarnaast dient er voldaan te worden aan de voorwaarden uit deze beleidsregel en de voorwaarden genoemd in de aanvraagprocedure.²⁹

De volgende voorwaarden gelden voor het afgeven van een add-on declaratietitel voor stofnamen en indicaties:

1. er dient sprake te zijn van een geregistreerde stofnaam en indicatie
2. de gemiddelde kosten van de stofnaam bij de betreffende indicatie zijn meer dan €10.000 per patiënt per jaar.

Alle add-on aanvragen worden getoetst aan een absolute kostendrempel, te weten de gemiddelde jaarlijkse behandelkosten per

²⁸ Een add-on voor een nieuw weesgeneesmiddel of toevoeging van een nieuwe indicatie bij een bestaand weesgeneesmiddel kan alleen aangevraagd worden door universitaire medische centra, al dan niet met tussenkomst van de brancheorganisatie.

²⁹ Zie voor de procedure www.nza.nl

patiënt. De grenswaarde is € 10.000,- per patiënt per jaar. De aanvrager dient inzichtelijk te maken dat de gemiddelde kosten van het gebruik van de stofnaam per indicatie boven deze kostendrempel zal liggen. Hierbij dienen naast de berekening zelf ook alle onderliggende data en bronnen meegeleverd te worden, zodat de berekening op een eenvoudige wijze is te verifiëren.

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
27 van 60

De NZa kan te allen tijde aanvullende voorwaarden stellen voor toelating als add-on.

De berekening in een aanvraag dient als volgt opgebouwd te zijn:
De gemiddelde kosten van een behandeling met een geneesmiddel voor een gespecificeerde en geregistreerde indicatie per patiënt per jaar wordt berekend aan de hand van de volgende gegevens:

- A) Meest recente Apotheekinkoopprijs (A.I.P.)
B) Behandelschema voor de geregistreerde indicatie (op basis van 1B tekst EPAR en de pivotal registratiestudies³⁰) in aanmerking nemend:
1. Gemiddelde dosering (bij dosering per kg lichaamsgewicht voor gemiddelde patiënt van 70 kg met lichaamsoppervlakte van 1,8m²)
 2. Gemiddelde toedieningsfrequentie (bij voorkeur vast te stellen op basis van pivotal registratiestudies; deze geven een realistischer beeld dan het schema in de 1B tekst EPAR)
 3. Gemiddelde behandelduur (bij voorkeur vast te stellen op basis van de pivotal registratiestudies)

Het behandelschema leidt tot een gemiddeld aantal benodigde eenheden (tabletten, flacons of verpakkingen) van het geneesmiddel per patiënt per jaar.

Vermenigvuldiging met A.I.P. prijs levert een kostenprognose op.

De NZa kan een bij haar ingediende aanvraag ter toetsing voorleggen aan het Zorginstituut. De onderbouwingsgegevens (bronnen) dienen aangeleverd te worden conform de hiervoor geldende procedure.

Bij een positief besluit tot vaststelling van een add-on zal de ingangsdatum altijd de eerste dag van een maand zijn. Als de add-on aanvraag is ingediend na de positieve CHMP opinie, maar vóór de registratiedatum, dan is de ingangsdatum van de add-on de eerste dag van de maand (X) opvolgend op de datum van ontvangst van de EPAR door de NZa van de betreffende stofnaam en/of indicatie. Voorwaarde hierbij is dat de NZa de EPAR minstens 5 werkdagen vóór de eerste dag van deze maand (X) heeft ontvangen. Als de ontvangst minder dan 5 werkdagen voor de eerste dag van de maand (X) is en als de add-on aanvraag is ingediend na de registratiedatum, dan is de ingangsdatum van de add-on één volledige maand na indiening van de add-on aanvraag, waarbij wordt afgerond naar boven tot de eerste dag van een maand (X+1).

Het besluit tot vaststelling van een add-on zal uiterlijk op de betreffende ingangsdatum per brief worden gecommuniceerd aan de aanvragende partij en worden vermeld op de website van de NZa. De stofnaam en/of indicatie zal bij de eerstvolgende uitlevering van prestaties en tarieven worden opgenomen in bijlage 5 van deze beleidsregel en in de tarieventabel DBC-zorgproducten en overige producten. De betreffende

³⁰ Indien de add-on aanvraag wordt ingediend na de positieve CHMP opinie, maar vóór de registratiedatum, dient de aanvragende partij het CHMP opinierapport op te nemen in de add-on aanvraag.

add-ons kunnen vanaf de datum van deze uitlevering met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum worden gedeclareerd bij indicaties zoals opgenomen in de add-on lijst.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
28 van 60

Indien niet voldaan wordt aan de in deze beleidsregel genoemde criteria voor vaststelling van een nieuwe add-on dient (eventuele) bekostiging van geneesmiddelen via de DBC-zorgproducten plaats te vinden.

14.2.4 Uitzonderingen

Op de hiervoor omschreven voorwaarden en aanvraagprocedure voor vaststelling van een nieuwe add-on gelden drie uitzonderingen.

1) Uitzondering bij toevoeging van een niet-geregistreerde indicatie

Op de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie kan een uitzondering worden gemaakt indien er sprake is van:

- een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde stofnaam, en
- een tweezijdig verzoek door enerzijds Zorgverzekeraars Nederland of minimaal twee zorgverzekeraars en anderzijds minimaal twee instellingen voor medisch specialistische zorg, en
- een positief oordeel van het Zorginstituut of zorgverzekeraars aangaande de stand van wetenschap en praktijk³¹ voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie, en
- een verzoek waarin minimaal aannemelijk is gemaakt dat:
 - De stofnaam (in combinatie met een indicatie) landelijk gezien grotendeels binnen het gereguleerde segment (A-segment) wordt verstrekt.
 - Er voor de zorgverzekeraar geen mogelijkheid is om binnen de reguliere zorgproducten dit middel te vergoeden.

2) Uitzondering op de voorwaarde van absolute kostendrempel

Op de voorwaarde dat de gemiddelde jaarlijkse behandelkosten boven de kostendrempel van €10.000 liggen kan een uitzondering worden gemaakt indien er sprake is van:

- een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde stofnaam én indicatie dan wel een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde indicatie bij een bestaande stofnaam op de lijst, en
- een tweezijdig verzoek door enerzijds Zorgverzekeraars Nederland of minimaal twee zorgverzekeraars en anderzijds minimaal twee instellingen voor medisch specialistische zorg, en
- een verzoek waarin minimaal aannemelijk is gemaakt dat:
 - De stofnaam(in combinatie met een indicatie) landelijk gezien grotendeels binnen het gereguleerde segment (A-segment) wordt verstrekt.
 - Er voor de zorgverzekeraar geen mogelijkheid is om binnen de reguliere zorgproducten dit middel te vergoeden.

3) Uitzonderingen op voorwaarde van registratie na 31 december 2011

a) Op de voorwaarde dat een add-on aangevraagd kan worden voor een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde stofnaam én indicatie, of een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde indicatie bij een bestaande stofnaam op de add-on lijst, kan een uitzondering worden gemaakt indien sprake is van:

³¹ Indien beschikbaar dient het betreffende Zorginstituut oordeel bijgevoegd te worden bij de add-on aanvraag. Indien er geen oordeel van het Zorginstituut of verzekeraars beschikbaar is, zal de NZa het Zorginstituut verzoeken hierover advies uit te brengen.

- een na 30 september 2011 nieuw geregistreerde stofnaam én indicatie dan wel een na 30 september 2011 nieuw geregistreerde indicatie bij een bestaande stofnaam op de lijst, en
- een tweezijdig verzoek door enerzijds Zorgverzekeraars Nederland of minimaal twee zorgverzekeraars en anderzijds minimaal twee instellingen voor medisch specialistische zorg, en
- een verzoek waarin minimaal aannemelijk is gemaakt dat het niet mogelijk was om tijdig voor de gestelde deadlines een volledig dossier in te leveren bij het Zorginstituut volgende de oude beleidsregels dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
29 van 60

b) Op de voorwaarde dat een add-on aangevraagd kan worden voor een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde stofnaam én indicatie, of een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde indicatie bij een bestaande stofnaam op de add-on lijst, kan een uitzondering worden gemaakt indien:

- er een verzoek tot opname op de stofnamenlijst behorend bij de Beleidsregel Dure geneesmiddelen (BR/CU-2017) of de Beleidsregel Weesgeneesmiddelen (BR/CU-2018) is ingediend (geldend tot en met 2011), en
- de betreffende aanvraag ten behoeve van het verzoek tot opname is onderworpen aan het oordeel van het Zorginstituut Nederland (destijds CVZ) en waarbij de stofnaam voor de indicatie naar het advies van het Zorginstituut Nederland aan de NZa de macrokostendrempel van € 2,5 miljoen niet overschreed, en
- de combinatie van stofnaam en indicatie meer kost dan gemiddeld € 10.000 per patiënt per jaar.

14.2.5 Overgangsbeleid

De uiterste datum voor de indiening van een volledige add-on aanvraag op basis van het beleid 2014 is 1 november 2014. Het beleid van add-on aanvragen na 1 november 2014 wordt hieronder uiteengezet.

In het kader van overgangsbeleid kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vanaf 1 november 2014 een wijzigingsaanvraag van de add-on lijst indienen zoals beschreven in het artikel 14.2.3. De inwerkingtreding van een besluit ten aanzien van deze aanvraag ligt op of na 1 januari 2015.

Add-on criteria

De NZa besluit voor welke stofnamen en indicaties een add-on wordt vastgesteld (add-on lijst). De add-on lijst komt tot stand door het besluit van de NZa om:

- naar aanleiding van aanvragen van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) combinaties van stofnamen en indicaties op te nemen, of;
- naar aanleiding van aanvragen van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) combinaties van stofnamen en indicaties te verwijderen, of;
- ambtshalve combinaties van stofnamen en indicaties op te nemen of te verwijderen.

De NZa hanteert de volgende criteria voor een add-on declaratietitel voor geneesmiddelen:

- Voor stofnamen en indicaties op de add-on lijst of voor stofnamen en/of indicaties waarvoor een verzoek tot opname wordt ingediend, is voor het corresponderende handelsproduct een handelsvergunning

afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit.³²

Kenmerk
BR/CU-2134

- De NZa betreft een gezamenlijk advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s) in haar besluitvorming over een wijzigingsverzoek van de add-on lijst.³³ Genoemd advies en zienswijze dient als motivatie van het besluit dat de NZa moet nemen over opname of verwijdering van een add-on en de ingangsdatum daarvan. Het advies moet voldoende onderbouwd zijn op basis van objectieve en verifieerbare bronnen.
- Uit het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet objectiveerbaar en verifieerbaar blijken:
 - of de bekostiging van de betreffende stofnaam en/of indicatie als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot kostenhomogene DBC-zorgproducten;
 - op welke wijze getoetst is bij de beoordeling of een add-on wel of niet als onderdeel van een DBC-zorgproduct leidt tot een kostenhomogeen DBC-zorgproduct;
 - of en hoe het advies zorgvuldig en consistent met eerdere adviezen tot stand is gekomen.

Pagina
30 van 60

Procedure bij aanvraag opname op add-on lijst

Voor het indienen van een add-on aanvraag moet aan de volgende voorwaarden en criteria zijn voldaan:

- Tweezijdige aanvraag: minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar, al dan niet door tussenkomst van de branchepartij, kunnen een add-on aanvraag indienen voor een geregistreerde combinatie van stofnaam en indicatie
- De aanvraag dient het volledig en naar waarheid ingevulde 'Formulier voor indiening wijzigingsaanvraag add-on geneesmiddelenlijst' te bevatten.³⁴

Indien het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars negatief is, verzoekt de NZa de aanvragende partijen een zienswijze af te geven op het betreffende advies.

Alvorens een besluit wordt genomen, stelt de NZa de registratiehouder(s) in de gelegenheid om een zienswijze naar voren te brengen over de aanvraag tot opname van een add-on.

De NZa neemt vervolgens op basis van het advies en de zienswijze(n) een besluit.

Procedure bij aanvraag verwijdering van add-on lijst

Voor het indienen van een verzoek tot verwijderen van een add-on declaratietitel moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- Tweezijdige aanvraag: minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar, al dan niet door tussenkomst van de branchepartij, kunnen een verzoek indienen voor het verwijderen van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst
- De aanvraag dient het volgende document te bevatten:

³² Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) kan ook een add-on voor een nog te registreren geneesmiddel worden aangevraagd.

³³ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

³⁴ Het formulier kunt u vinden op de website van de NZa (zie <http://www.nza.nl/regelgeving/formulieren/>).

- Volledig en naar waarheid ingevuld wijzigingsformulier add-on lijst.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
31 van 60

De aanvraag voor verwijdering van een add-on met ingang van jaar t+1 kan uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend.

Indien het advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars negatief is, verzoekt de NZa de aanvragende partij een zienswijze te geven over het betreffende advies.

Alvorens een besluit wordt genomen, stelt de NZa de registratiehouder(s) in de gelegenheid om een zienswijze naar voren te brengen over de aanvraag tot verwijdering van een add-on.

De NZa neemt vervolgens op basis van het advies en de zienswijze(n) een besluit. De NZa kan, voorzover dit noodzakelijk is voor de besluitvorming, aanvullende informatie opvragen alvorens een besluit te nemen. Deze aanvullende informatie kan onderdeel zijn van de besluitvorming.

Beoordelingstermijn en ingangsdatum opname of verwijdering add-on
Binnen tien werkdagen na ontvangst van een compleet en naar waarheid ingevuld 'Formulier wijzigingsaanvraag add-on lijst', verzoekt de NZa de vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) een advies te geven over de aanvraag voor opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst. Tevens wordt de registratiehouder op de hoogte gesteld van de ingediende aanvraag dan wel verwijdering van een add-on.

De registratiehouder kan tot uiterlijk zes weken na ontvangst van de mededeling van de NZa over een ingediend wijzigingsverzoek een zienswijze geven op het verzoek tot aanvraag dan wel verwijdering van een add-on. Deze zienswijze wordt meegenomen in de uiteindelijke besluitvorming.

De NVZ, NFU, ZKN, Actiz en ZN kunnen tevens tot uiterlijk zes weken na ontvangst van het adviesverzoek van de NZa gezamenlijk een advies verstrekken door het opsturen van een volledig en naar waarheid ingevuld formulier 'Formulier Advies wijzigingsaanvraag add-on lijst'. Indien de NZa uiterlijk zes weken na verzending van het adviesverzoek aan NVZ, NFU, ZKN, Actiz en ZN geen advies heeft ontvangen, informeren wij betrokken partijen hierover en geven wij indien nodig een redelijke termijn om alsnog advies te geven.

De partijen die bij de NZa een aanvraag tot opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst indienen, kunnen gelijktijdig aan deze aanvraag het advies van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s) toevoegen.

De NZa neemt uiterlijk tien werkdagen na ontvangst van het advies van NVZ, NFU, ZKN en ZN (inclusief een complete aanvraag waarbij is voldaan aan de procedurele en inhoudelijke voorwaarden) en de zienswijze(n) van de registratiehouder(s), een besluit over de opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie op of van de add-on lijst en de datum van inwerkingtreding. Bij een negatief advies kan de NZa een aanvullende termijn vaststellen waarbinnen aanvragende partijen de gelegenheid krijgen een zienswijze af te geven. De NZa neemt uiterlijk tien werkdagen na ontvangst van een zienswijze van de aanvragende partijen een besluit.

Bij een positief besluit tot opname van een stofnaam en/of indicatie op de add-on lijst, is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de maand opvolgend op de datum van besluit, indien tussen deze twee data minstens twintig werkdagen zitten. Indien dit minder dan twintig werkdagen zijn dan is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de maand daarna. Indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zoals bedoeld in paragraaf 14.2.2, adviseren van deze datum af te wijken kan de NZa hiertoe besluiten.

Bij een positief besluit tot verwijdering van een stofnaam en/of indicatie van de add-on lijst is de einddatum van de betreffende add-on 31 december van het jaar t. De aanvraag voor verwijdering kan uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend.

Voor de combinatie van een stofnamen en indicatie die langer dan een jaar geregistreerd is op het moment dat er een add-on aanvraag wordt ingediend gelden andere termijnen. Voor deze stofnamen en indicaties moet een add-on aanvraag uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend voor datum inwerkingtreding van 1 januari van t+1, indien de NZa tijdig voldoende en representatieve informatie heeft om de tarieven van betreffende DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment uiterlijk 1 juli van jaar t aan te passen. Indien dat niet het geval is zal de datum inwerkingtreding 1 januari t+2 zijn. De datum van inwerkingtreding van de aanpassing van tarieven van DBC-zorgproducten en de datum van opname van de add-on zal gelijk worden gesteld.

Het besluit tot vaststelling van een add-on zal uiterlijk op de betreffende datum van inwerkingtreding worden vermeld op de website van de NZa.

De add-on lijst die geldt op 1 januari 2015 komt tot stand op basis van stofnamen die zijn opgenomen in bijlage 5 behorend bij de op 31 december 2014 geldende beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Uitzonderingen

Op de hiervoor omschreven voorwaarden en aanvraagprocedure voor vaststelling van een nieuwe add-on op basis van het beleid vanaf 1 november 2014 gelden de volgende uitzonderingen:

- 1) Uitzondering bij toevoeging van een niet-geregistreerde indicatie
Op de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie kan een uitzondering worden gemaakt indien er sprake is van een positief en onderbouwd oordeel van het Zorginstituut Nederland of aanvragende zorgverzekeraar(s) aangaande de stand van wetenschap en praktijk³⁵ voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie.
- 2) In afwijking van artikel 14.2.1 t/m 14.2.3 wordt voor stollingsfactoren niet uitgegaan van het niveau van stofnaam, maar van het niveau van het registratienummer en wordt er geen onderscheid gemaakt naar indicatie. De tarieven van add-on stollingsfactoren van jaar t zijn gelijk aan de lijstprijzen van 1 april van jaar t-1.

³⁵ Indien beschikbaar dient het betreffende oordeel van Zorginstituut Nederland bijgevoegd te worden bij de add-on aanvraag.

14.3 Overige trajecten

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
33 van 60

Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de eenheid een dag is. Deze prestaties gelden per verpleegdag en worden geregistreerd in plaats van (en onder dezelfde voorwaarden als) een reguliere verpleegdag.³⁶ Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

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

14.3.1 Toeslag post IC-high care (190152)

Er is sprake van post-IC High care als na een opname op de neonatale intensive care noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. Dit is het geval indien sprake is van ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting, en blaascatheter. Er is geen sprake van een post IC-high care indien de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minder dan 29 weken is of het gewicht onder de 1000 gram. De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.

14.3.2 Verkeerde bed (190031)

Vergoeding die in rekening kan worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie voor opname in een verpleeghuis is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is in een verpleeghuis.

14.3.3 Verblijf gezonde moeder (190032)

Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan.³⁷

14.3.4 Verblijf gezonde zuigeling (190033)

Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling, omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan.³⁸

14.3.5 Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038)

Vergoeding die in rekening kan worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie (niet zijnde indicatie voor opname in een verpleeghuis) is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.

14.3.6 Zotelovernachting (190208)

Overnachting in een zorghotel, in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg, welke gekoppeld is aan een instelling voor medisch specialistische zorg.

³⁶ Onder reguliere verpleegdag wordt verstaan de verpleegdag zoals genoemd in artikel 12.8. Bij de prestatie 'Toeslag post IC-high care' (190152) geldt dat deze wel naast de reguliere verpleegdag mag worden geregistreerd.

³⁷ Indien bij ziekte van het pasgeboren kind de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

³⁸ Indien bij ziekte van de moeder de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

14.4 Stollingsfactoren (191801 t/m 191894)**Kenmerk**
BR/CU-2134**Pagina**
34 van 60

Aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten door een ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten. De stollingsfactoren zijn gedefinieerd per toedieningseenheid en kunnen alleen in rekening worden gebracht bij indicaties welke opgenomen zijn in bijlage 6.

Artikel 15. Eerstelijnsdiagnostiek

De categorie eerstelijnsdiagnostiek is onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 5).

Tabel 5. Onderverdeling eerstelijnsdiagnostiek

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Prenatale screening
	Trombosemeting

15.1 Uitzondering

Voor de overige zorgproducten prenatale screening (037510, 037512, 037514 en 037516) is ingeval van directe toegang verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk.

15.2 Voor een aantal eerstelijnsdiagnostiek producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.

15.2.1 Beeldvormende diagnostiek
(080001 t/m 089879)

Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek dient te worden verstaan al die verrichtingen van de radiodiagnost (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

MRI (081093, 082490, 083190, 083290, 083390, 083615, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090)

MRI's kunnen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd, tenzij deze worden geleverd als onderdeel van een 'eigen' DBC-zorgproduct of op verzoek van een andere zorgaanbieder in het kader van onderlinge dienstverlening.

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zullen de MRI's worden beschouwd als voor 'eigen' DBC-zorgproducten en dus niet rechtstreeks declarabel zijn.

Voor de prestaties 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090 geldt dat er per zitting maximaal twee MRI codes gedeclareerd kunnen worden. Daarnaast geldt:

- prestaties 081093 en 082490 mogen niet naast elkaar gedeclareerd worden;
- prestatie 087090 mag niet naast 087070, 088090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 088090 mag niet naast 087070, 087090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 089090 mag niet naast 088090 gedeclareerd worden.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
35 van 60

15.2.1 Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079996)

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)

Tarief ter dekking van afname-, registratie- en declaratiekosten van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, et cetera met uitzondering van bloed) verstaan. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname (079989)

Tarief ter dekking van registratie- en declaratiekosten bij bloedonderzoek. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990)

Toeslag op het ordertarief (079991) wanneer de afname ten behoeve van de eerstelijns-patiënten niet op de hoofdlocatie respectievelijk het laboratorium plaatsvindt. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, et cetera, met uitzondering van bloed) verstaan. Huisbezoeken vallen niet onder de decentrale afnames.

Huisbezoek (079992)

Huisbezoek bij de patiënt voor afname van patiëntmateriaal. Deze prestatie mag naast de prestatie 'ordertarief per afname' (079991) gedeclareerd worden.

CLB-referentietarief (079993)

Uitbesteding van de afname van patiëntmateriaal aan Sanquin. Deze prestatie wordt in rekening gebracht indien het zogenoemde referentietarief in rekening is gebracht.

Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (079988)

De uitvoering van programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van multidisciplinaire zorgverlening van patiënten met chronische aandoeningen onder behandeling van de huisarts door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium. Het tarief dient ter dekking van de kosten van de oproep, registratie van de diagnostiek volgens NHG standaard en rapportage (waaronder feedback en benchmarking) naar de huisarts en kan alleen op basis van lokale overeenstemming in rekening worden gebracht.

Sperma onderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110)
 Voor de overige zorgproducten sperma onderzoek is, als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitsspreekuur, verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk.

Kenmerk
 BR/CU-2134
Pagina
 36 van 60

15.2.2 Trombosedienst (190248, 190249 en 190256 t/m 190259)
 De prestaties 190248, 190249 en 190256 t/m 190259 mogen uitsluitend in rekening gebracht worden door trombosediensten. Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties voor trombosediensten, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, zijn te vinden in bijlage 1 bij de beleidsregel voor trombosediensten.

15.2.3 Prenatale screening (037510, 037512, 037514 en 037516)
 Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties prenatale screening, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, zijn te vinden in bijlage 1 bij de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek.

15.2.4 Pathologie (050027 t/m 050514)
 Onder een pathologisch-anatomisch onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels die gedurende één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag.

Artikel 16. Paramedische behandeling en onderzoek

De categorie paramedische behandeling en onderzoek is onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 6).

Tabel 6. Onderverdeling paramedische behandeling en onderzoek

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadvisering
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde

16.1 Uitzondering

Voor de overige zorgproducten ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, orthoptie en oefentherapie is ingeval van directe toegang verwijzing vanuit de eerstelijns niet noodzakelijk.

16.1.1 Extramurale dieetadvisering (290164 en 290165)
 De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen extramurale dieetadvisering zijn te vinden in de beleidsregel 'Extramurale dieetadvisering'.

16.1.2 Ergotherapie (193012 en 193013)

Enkelvoudige ergotherapie (193012)
 Enkelvoudige ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorgorganisatie, bij de verzekerde thuis of in de behandelruimte

van genoemde instellingen. Hieronder valt niet de behandeling en/of verpleging van een patiënt in het kader van een indicatie voor medisch-specialistische hulp, (geriatrische) revalidatiebehandeling of verpleeghuiszorg. Het tarief geldt per vijftien minuten behandeltijd en de totale behandeltijd wordt daarom rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van vijftien minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandeltijden opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
37 van 60

Toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie (193013)
Een toeslag voor de behandeling van een patiënt aan huis, per bezoek (maximaal eenmaal) per dag, ongeacht de duur van de behandeling.

16.1.3 Fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081, 193087 en 193088)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen fysiotherapie zijn te vinden in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie'.

Voor de overige zorgproducten fysiotherapie geldt de hierna vermelde aanvullende voorwaarde:

Aangezien de kostenbedragen van de DBC-zorgproducten zijn opgeschoond voor poliklinische fysiotherapie, kan poliklinische fysiotherapie, ook wanneer deze niet op verzoek van de eerstelijns wordt uitgevoerd, naast de DBC-zorgproducten gedeclareerd worden.³⁹

16.1.4 Logopedie (193024 en 193090 t/m 193093)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen logopedie zijn te vinden in de beleidsregel 'Logopedie'.

16.1.5 Oefentherapie (192954 t/m 192968 en 193031 t/m 193037)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen oefentherapie zijn te vinden in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie'.

16.1.6 Optometrie (192848 en 192849)

De tarieven voor eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848), voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849) en preventieve optometrische screening (192854) kunnen alleen als overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet in het kader van een DBC-zorgproduct plaatsvinden.

16.1.7 Orthoptie (039813, 039814, 192855 en 192856)

De tarieven voor screening (intake) orthoptie (192855), eerste orthoptisch onderzoek (binoculair) (039813), voortgezet orthoptische behandeling per bezoek (binoculair) (039814) en uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek (192856) kunnen alleen als overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet in het kader van een DBC-zorgproduct plaatsvinden.

16.1.8 Poliklinische bevalling (190043 t/m 190048)

Een overig zorgproduct poliklinische bevalling is een bevalling die niet door een gynaecoloog wordt begeleid. Er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat.

³⁹ Deze uitzondering geldt niet voor revalidatiegeneeskunde en geriatrische revalidatiezorg.

Het tarief van deze overige zorgproducten is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. De tarieven van de overige zorgproducten 190043, 190045, 190047 zijn inclusief de kosten van partusassistentie.

Aanvullend hierop geldt:

Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190043 en 190044)
Een geplande bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.

Poliklinische bevalling op medische indicatie (190045 en 190046)
Een geplande bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.

Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190047 en 190048)
Een geplande bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding, maar als gevolg van capaciteitstekorten in de kraamzorg en verloskunde waardoor thuisbevalling niet mogelijk is.

Artikel 17. Overige verrichtingen

De categorie overige verrichtingen is onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 7).

Tabel 7. Onderverdeling overige verrichtingen

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen
	Verpleging in thuissituatie

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

17.1.1 Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (199800 t/m 199802)
De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen voor mondzorg (waaronder ook de zorg zoals geleverd door centra bijzonder tandheelkunde) zijn te vinden in de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen'.⁴⁰

Instellingen voor medisch specialistische zorg, waarin tenminste 1,0 fte tandartsen in de functie van bijzondere tandheelkunde werkzaam zijn, kunnen een individueel stoeluurttarief aanvragen bij de NZa (prestatie 199800). Dit verzoek dient mede ondertekend te zijn door de betrokken zorgverzekeraars. De rekennorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor kleinere instellingen (1,0 ≤

⁴⁰ In de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen' zijn de prestatiecodes 199800, 199801 en 199802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

fte tandarts < 2,0) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

Kenmerk
BR/CU-2134

De rekennorm 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.

Pagina
39 van 60

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'.

17.1.2 Hyperbare zuurstofbehandeling (039995)

Behandelingen met hyperbare zuurstof (039995). Deze prestatie kan rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd voor zover het niet gaat om:

- een onderdeel van een 'eigen' DBC-zorgproduct van de aanbieder, of
- een onderdeel van een DBC-zorgproduct van een andere instelling c.q. aanbieder.

17.1.3 Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962)

De geldende prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen van de kaakchirurgische verrichtingen staan in de beleidsregel 'Kaakchirurgie'.

17.1.4 Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen (119027 t/m 119052)

Rijbewijskeuringen (119027 t/m 119030)

De standaardprestatie rijbewijskeuring (119027 of 119028) beschrijft de tijd die een specialist standaard kwijt is aan een rijbewijskeuring. In de standaardprestatie is de directe, patiëntgebonden tijd van 15 minuten meegenomen. Daarnaast is ook 15 minuten indirecte tijd (inlezen in en/of schrijven van het rapport) verwerkt. Wanneer een keuring langer duurt dan de standaard, dient de zorgverlener dit op voorhand aan te geven aan de patiënt. Dan kan er nog een prestatie in rekening worden gebracht bij wijzen van toeslag per 15 minuten directe, patiëntgebonden tijd (119029 en 119030).

Bij de rijbewijskeuring in geval van een vorderingsprocedure (119028) mag de toeslag (119030) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal vier keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een uur extra indirecte tijd.

Bij de rijbewijskeuring in geval van een eigenverklaringsprocedure (119027) mag⁴¹ de toeslag (119029) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal twee keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een half uur extra indirecte tijd.

Informatieverstrekking (119052)

De prestatie informatieverstrekking (119052) kan in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts, verzekeringsarts of het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving.

⁴¹ Deze toeslag voor indirecte tijd in geval van een eigen verklaringsprocedure mag alleen in rekening worden gebracht bij psychiatrische en neurologische keuringen.

Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie kan niets aanvullends in rekening worden gebracht.

17.1.5 Klinisch-genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadvisering (191112, 191113 en 191116 t/m 191120)

Deze tarieven voor de klinisch genetische centra zijn uniforme tarieven voor de activiteiten op het gebied van klinische genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering inclusief honorarium medisch specialisten

17.1.6 Voedingsvoorlichting (290162)

Per toegelaten instelling is het lokaal overeengekomen tarief voor voedingsvoorlichting van toepassing. Dit tarief kan per medewerker per uur voor voedingsvoorlichting in rekening worden gebracht.

17.1.7 Reiskosten (010905 en 010906)

Voor hulp verleend door de medisch specialist op een ander adres dan een praktijkadres van de medisch specialist (bijvoorbeeld aan huis van een patiënt of in een instelling waar de medisch specialist niet regulier werkzaam is) kan de medisch specialist de gemaakte reiskosten in rekening brengen.

Voor de reiskosten geldt een bedrag per kilometer volgens het Reisbesluit binnenland (€ 0,28 per kilometer) (code 010905), plus maximaal € 27,35 per half uur voor de reistijd (code 010906).

17.1.8 Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (190288 en 190289)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestaties 'Verpleging (minder) complexe zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie' (190288 en 190289) staan beschreven in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'.

17.1.9 SCEN-consultatie (130001)

SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. De prestatie betreft alle activiteiten van de medisch specialist, die staat ingeschreven in een daarvoor door de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland aangewezen SCEN-register van KNMG, waaronder met name is begrepen:

- overleggen met de behandelaar plus inzien journaals, specialistenbrieven, etc. ten behoeve van SCEN-consultatie;
- de visite(s) bij de patiënt en diens omgeving;
- de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar;
- het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder andere bespreking van het verslag.

De prestatie kan door de geconsulteerde medisch specialist, die staat ingeschreven in een specifiek SCEN-register, in rekening worden gebracht.

Artikel 18. Tariefopbouw en tariefsoorten

18.1 Tariefopbouw

Een tarief voor een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct is opgebouwd uit één of twee componenten: het kostenbedrag en/of één of meerdere honorariumbedrag(en).

18.2 TariefsoortKenmerk
BR/CU-2134Pagina
41 van 60

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten:

- Het gereguleerde segment met maximum tarieven voor de kostenbedragen en honorariumbedragen.⁴²
- Het vrije segment, waarbinnen de kostenbedragen vrij onderhandelbaar zijn en voor het honorariumbedrag een maximumtarief geldt.⁴³

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de DBC-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.

In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten:

- extramurale dieetadvisering (290164 en 290165);
- fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081, 193087 en 193088);
- oefentherapie (192954 t/m 192968 en 193031 t/m 193037).

Deze overige zorgproducten behoren tot het vrije segment.

18.3 DBC-zorgproducten gereguleerd segment

Over de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij onderhandelen over het kostenbedrag van het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Het gaat hier om DBC-zorgproducten die nog niet (volledig) voldoen aan de door de NZa gestelde criteria.

18.4 DBC-zorgproducten vrij segment

Van de DBC-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze DBC-zorgproducten voldoen aan de criteria die de NZa gesteld heeft en de NZa stelt hier geen tarief voor vast.

18.5 Schematische weergave prestatie- en tariefsoorten per soort prestatie

Tabel 8. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort kosten*	Tariefsoort honorarium* ⁴⁴
DBC-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum	Maximum
DBC-zorgproduct vrije segment	Vrij	Maximum
Supplementair product: Add-on IC	Maximum	Maximum
Supplementair product: Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	Maximum	nvt
Supplementair product: Overige trajecten	Maximum	Maximum
Supplementair product: Stollingsfactoren	Maximum	nvt
Eerstelijnsdiagnostiek	Maximum	Maximum
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum ⁴⁵	Maximum
Overige verrichtingen	Maximum	Maximum

* Indien aanwezig

⁴² Dit segment wordt ook wel het A-segment genoemd.

⁴³ Dit segment wordt ook wel het B-segment genoemd.

⁴⁴ Deze tariefsoort is ook van toepassing in geval van 'aan declareren'.

⁴⁵ Met uitzondering van fysiotherapie, oefentherapie en extramurale dieetadvisering. Hiervoor geldt een vrij tarief.

18.6 Onderlinge dienstverleningKenmerk
BR/CU-2134Pagina
42 van 60

Voor de in rekening te brengen kostendelen in het kader van onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief. Voor de in rekening te brengen honorariumonderdelen geldt het desbetreffende maximum tarief.

Artikel 19. Kostenbedragen DBC-zorgproducten**19.1** Productprijsberekening volgens NZa kostprijsmodel

De NZa heeft op 3 april 2012 besloten om het NZa-kostprijsmodel voor medisch specialistische zorg vast te stellen inclusief bijbehorende regelgeving.⁴⁶ Op basis hiervan zijn algemene ziekenhuizen en UMC's verplicht om voor 1 juli 2013 kostprijzen over 2012 aan te leveren. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van de kostendelen van tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment.

Door de kostprijzen toe te rekenen op productniveau, en de landelijke limitatieve zorgactiviteitentabel los te laten als verplichte kostendrager, bestaat de mogelijkheid voor zorgaanbieders om kosten toe te rekenen naar eigen kostendragers die gebaseerd zijn op de werkelijke bedrijfsvoering. In de productprijsberekening op basis van het NZa-kostprijsmodel wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van de werkelijke kosten (ook voor kapitaallasten).

In de nieuwe kostprijsberekening is de representativiteit vergroot door het aanleveren van kostprijzen verplicht te stellen voor alle ziekenhuizen (algemene ziekenhuizen en UMC's).

19.1.1 Representativiteit

Op basis van de nadere regeling 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' zijn 92 instellingen (algemene ziekenhuizen en UMC's) verplicht om voor 1 juli 2013 de kostprijsinformatie over het gereguleerde segment aan te leveren, inclusief een assurancerapport of een rapport van bevindingen van de externe accountant.

Van de 92 instellingen kennen 6 instellingen een ontheffing van de verplichtingen. Van de resterende 86 instellingen hebben 82 instellingen een volledige aanlevering verzorgd die ook tijdig genoeg was om mee te nemen in het verdere proces van de productprijsberekening 2014.

19.1.2 Accountantscontrole

Op voorhand worden geen instellingen buiten de berekening gehouden. Echter wanneer uit het assurancerapport of het rapport van bevindingen blijkt dat onvoldoende is gewaarborgd dat de kostprijsinformatie goed tot stand is gekomen, sluit de NZa de betreffende instellingen alsnog uit. De 82 rapporten zijn door de NZa met dit doel beoordeeld (kwalitatief). Van de accountants is gevraagd op een achttal onderwerpen/criteria hun bevindingen te geven. Dit zijn op hoofdlijnen de volgende criteria:

1. Aansluiting op jaarrekening 2012;
2. Aansluiting op de financiële administratie;
3. Adequate toelichting op uitgangspunten en veronderstellingen;

⁴⁶ Zie beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg' op de website van de NZa.

4. Consequente toepassing van de uitgangspunten en veronderstellingen;
5. Aansluiting productiegegevens op primaire registratiesystemen;
6. Relevante toelichting op omzetverantwoording, deilverantwoordingen, enz;
7. Aanwezigheid van in opzet interne beheersmaatregelen;
8. Toepassing van plausibiliteitstoets van de berekende kostprijzen.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
43 van 60

Van de 82 volledig aangeleverde instellingen neemt de NZa na beoordeling van de rapporten van bevindingen 70 instellingen⁴⁷ mee in de productprijsberekeningen. Dit betreft 64 algemene ziekenhuizen en 6 UMC's.

19.1.3 Methodiek productprijsberekening

Bij de berekening van de productprijzen volgens het NZa-kostprijsmodel neemt de NZa de mediaan van de aangeleverde kostprijzen per zorgproduct als uitgangspunt. Soms is dit echter niet mogelijk. Deze situaties zijn gedefinieerd en dit heeft geresulteerd in een beslisboom die de basis vormt voor de berekende productprijzen in het gereguleerde segment.

Stap 1 – Op voorhand uitgesloten producten in het model

Er zijn een aantal productgroepen waarvan wel kostprijsinformatie is aangeleverd, maar die niet meegenomen worden in het NZa-kostprijsmodel. Doorgaans geldt hier een ander tariefbeleid (bijv. lijstprijzen). Daarnaast sluit de NZa een aantal productgroepen uit, waarvoor in de eerstelijns of in de Care (AWBZ) tarieven worden bepaald. Het betreft bepaalde categorieën Overige Zorgproducten (onder andere paramedische zorg en dure geneesmiddelen) en de DBC-zorgproducten voor revalidatiezorg en Complex Chronisch Longfalen.

Stap 2 – Is de productstructuur fundamenteel gewijzigd

Het model wordt niet toegepast op prestaties die na 2012 fundamenteel inhoudelijk zijn gewijzigd. Opgevraagd zijn kostprijzen over 2012, waardoor productstructuurveranderingen nadien niet meegenomen worden. Dit betreft onder andere de DBC-zorgproducten kindergeneeskunde, neurochirurgie en delen van de cardiothoracale chirurgie. Voor de Overige Zorgproducten geldt dit voor de nieuwe prestaties Intensive Care.

Stap 3 – Zijn er kostprijzen beschikbaar

Per product is onderzocht in hoeverre er van dat betreffende product kostprijsinformatie is aangeleverd. Voor een product waarvan geen kostprijsinformatie beschikbaar is, maakt de NZa gebruik van de terugvaloptie en is het NZa-kostprijsmodel niet van toepassing.

Stap 4 – Significante wijzigingen van het profiel

In stap 2 wordt onderzocht in hoeverre prestaties inhoudelijk gewijzigd zijn na 2012. Er kunnen echter ook prestaties inhoudelijke gewijzigd zijn zonder dat de betreffende prestatiebeschrijvingen anders zijn geworden. Dit kan aan de orde zijn als de registratieregels fundamenteel zijn aangepast. Ook hier past de NZa de terugvaloptie toe.

Stap 5 – Mediaan leidend bij 5 of meer waarnemingen

Op het moment dat 5 of meer instellingen (waarnemingen) kostprijzen hebben aangeleverd, hanteert de NZa de mediaan in de

⁴⁷ Initieel was er sprake van 71 instellingen, maar na beoordeling van de data op uitbijters is besloten 1 instelling extra uit te sluiten. Hierdoor blijven er 70 instellingen over die meegenomen zijn.

productprijsberekening. Dit betekent dat de NZa alle beschikbare kostprijzen van het product rangschikt en de middelste waarneming de uiteindelijke productprijs oplevert die de basis vormt voor het kostenbedrag. Wanneer het aantal instellingen wat een kostprijs aanlevert beperkt is kan dit bij een grote spreiding in kostprijzen mogelijk tot onevenredige verschuivingen leiden wanneer de mediaan wordt toegepast.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
44 van 60

Stap 6 – Minder dan 5 waarnemingen, spreiding beperkt

Het kan zijn dat er van een product wel kostprijzen zijn aangeleverd, maar dat dit minder dan 5 instellingen betreft. Voor deze producten wordt niet onverkort de mediaan gehanteerd, omdat een individuele uitbijter of extreme waarneming dan veel invloed kan hebben op de uiteindelijke productprijs. In deze gevallen analyseert de NZa of de aangeleverde instellingen een grote onderlinge spreiding kennen. Hiervoor berekent de NZa de CV-waarde per product. Op het moment dat de CV-waarde kleiner is dan 0.5 betekent dit dat de onderlinge spreiding beperkt is. In deze gevallen hanteert de NZa alsnog de mediaan, conform stap 5

Stap 7 – Minder dan 5 waarnemingen, spreiding groter

Een CV-waarde groter dan 0.5 duidt erop dat de beperkte set met waarnemingen grote onderlinge spreiding vertoont. Om te voorkomen dat de kostprijs van een instelling met weinig productievolume een grote invloed heeft, berekent de NZa in dat geval een gewogen gemiddelde productprijs. Dit heeft als voordeel dat een foutieve aanlevering of registratieve fout een verwaarloosbaar effect heeft op de kostprijs.

19.1.4 Toepassing NZa-kostprijsmodel DBC-zorgproducten gereguleerd segment

De DBC-zorgproducten binnen het gereguleerde segment zijn als volgt verdeeld over de verschillende stappen uit de beslisboom. Tabel 9 laat zien dat bij 175 DBC-zorgproducten het NZa-kostprijsmodel is toegepast (stap 5 t/m 7) bij de productprijsberekening.

Tabel 9. Toepassing NZa-kostprijsmodel DBC-zorgproducten

Groep	Omschrijving	stap 1	stap 2	stap 3	stap 4	stap 5	stap 6	stap 7	Eindtotaal
972800	WBMV - Klinische genetica en overige klinische genetica					4	1		5
972802	WBMV – Zenuwstelsel		45						45
972804	Infertiliteit (incl WBMV)			4	19	6	1	1	31
979001	Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl WBMV)		75	1		24	2		102
979002	Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl WBMV)			28		30	27	3	88
979003	Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)			9		8	3		20
979004	Gespecialiseerde brandwondenzorg			2			11		13
990011	Chronische thuisbeademing						7	2	9
990017	Neonatologie		12						12
990022	Complex chronisch longfalen	37							37
990027	Revalidatiegeneeskunde	65							65
990029	Psychiatrie					4			4
990030	Kinderneurologie (excl epilepsie/slaapstoornis)					31	4		35
990040	Palliatieve zorg					3	1	2	6
990116	Kindergeneeskunde oncologie		20						20

990216	Kindergeneeskunde nefrologie		60			Kenmerk			60
990316	Kindergeneeskunde algemeen en neonatologie		52			BR/CU-2134			52
990416	Kindergeneeskunde maag-darm-lever		53			Pagina			53
990516	Kindergeneeskunde cardiologie		30			45 van 60			30
990616	Kindergeneeskunde longgeneeskunde		59						59
990716	Kindergeneeskunde metabole ziekten		10						10
990816	Kindergeneeskunde hematologie		26						26
990916	Kindergeneeskunde neurologie		46						46
991016	Kindergeneeskunde allergologie		21						21
991116	Kindergeneeskunde immunologische aandoeningen en infectieziekten		27						27
991216	Kindergeneeskunde psychosociaal		19						19
991316	Kindergeneeskunde erfelijke/ aangeboren aandoeningen		22						22
991416	Kindergeneeskunde reumatologie		21						21
991516	Kindergeneeskunde endocrinologie		32						32
998418	Geriatrische revalidatiezorg	36							36
Eindtotaal		138	630	44	19	110	57	8	1006

19.2 Productprijsberekening DBC-zorgproducten terugvaloptie

Bij prestaties die in de beslisboom uit artikel 18.1.3 behoren tot stap 1 tot en met 4 wordt het NZa-kostprijsmodel niet toegepast. In dat geval past de NZa de terugvaloptie toe. Deze terugvaloptie betekent toepassing van de oude systematiek van productprijsberekening

De productprijzen van DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment waar het NZa-kostprijsmodel niet is toegepast zijn als volgt berekend:

1. Kostprijsinformatie op het niveau van kostendragers (zorgactiviteiten) wordt berekend op basis van door de NZa vastgestelde calculatieprincipes en gecontroleerd middels een audit;
2. De kostprijzen worden aangeleverd aan DBC-Onderhoud, het privaatrechtelijk onderhoudsorgaan, door een referentiegroep van zorgaanbieders uit diverse instellingscategorieën;
3. De gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit worden door DBC-Onderhoud berekend;
4. Bij geen of onvoldoende kostprijsgegevens van zorgactiviteiten worden expertkostprijzen van zorgactiviteiten berekend;
5. De aangeleverde DIS-gegevens worden bewerkt en gecontroleerd. Dit gebeurt door in vijf stappen de data te bewerken, te weten: periodeselectie, schoning, representativiteitstoets, transformatie en simulatie;
6. De gemiddelde profielen per DBC-zorgproduct worden vastgesteld;
7. De kostprijzen en profielgegevens worden samengevoegd tot een productprijs;
8. Indien er minder dan zes productprofielen in het DIS aanwezig zijn is sprake van een expertproduct en wordt er een experttarief berekend;
9. De NZa kan ook om andere reden besluiten een experttarief toe te passen, echter is er dan geen sprake van een expertproduct.
10. Het hele tariefberekeningsproces wordt geauditeerd door de accountant.

19.2.1 *Kostprijzen zorgactiviteiten ten behoeve van terugvaloptie*

Zorgactiviteiten zijn gehanteerd als kostendrager door de referentiegroep instellingen die kostprijzen heeft berekend op basis van door de NZa vastgestelde calculatieprincipes en beoordeeld op juistheid middels een audit. De kostprijzen van zorgactiviteiten ten behoeve van de terugvaloptie zijn gebaseerd op prijspeil 2009 of 2010.

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
46 van 60

Op basis van aanleveringen van een referentiegroep van twintig algemene ziekenhuizen is van de zorgactiviteiten een gewogen gemiddelde kostprijs bepaald. Voor zorgactiviteiten waar geen waarnemingen van zijn uit deze referentiegroep instellingen, zijn kostprijzen van twee universitair medische centra (UMC's) gehanteerd. Bij de zorgactiviteiten waar na deze aanvulling nog geen kostprijs van aanwezig was, wordt gebruik gemaakt van een expertmethode. Afhankelijk van het type zorgactiviteit is één van de volgende methodieken toegepast:

- bepalen van een donor zorgactiviteit waarvan de kostprijs kan worden overgenomen;
- het overnemen van de (door de referentiegroep algemene ziekenhuizen berekende) kostprijs van een eerder boekjaar;
- het hanteren van een frequentie van gewogen gemiddelde kostprijs van de zorgprofielklasse (ZPK) en daarbinnen SubZPK waartoe de zorgactiviteit behoort;
- het hanteren van een frequentie gewogen gemiddelde kostprijs van de ZPK waartoe de zorgactiviteit behoort.

19.2.2 DBC-zorgproductprofielen ten behoeve van terugvaloptie

Voor de terugvaloptie is gebruik gemaakt van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset en de DIS ronde 21 dataset.

De DIS Ronde 20 dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten over de periode januari 2007 t/m oktober 2010. De Ronde 20 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren.

Van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 21 dataset is gebruik gemaakt bij het berekenen van de kostentarieven van DBC-zorgproducten uit de zorgproductgroepen klinische genetica, WBMV-zenuwstelsel, infertiliteit, cardiothoracale chirurgie, neonatologie, revalidatiegeneeskunde, kindergeneeskunde en kinderoncologie. Deze dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten in 2010. De Ronde 21 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (UMC's, algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren.

Voor de productberekening zijn uit zowel de DIS Ronde 20 als DIS Ronde 21 dataset de profielen meegenomen van de volgende instellingscategorieën:

1. algemene ziekenhuizen;
2. topklinische ziekenhuizen;
3. UMC's;
4. epilepsiecentra;
5. revalidatiecentra;
6. audiologische centra;
7. radiotherapeutische centra.
8. Instellingen geriatrie revalidatiezorg

Van de overige instellingen uit het DIS, zoals de zelfstandige behandelcentra, zijn de profielen niet gebruikt voor de productprijsberekening.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
47 van 60

19.2.3 Kostprijzen DBC-zorgproducten categorale sectoren (revalidatie, epilepsie, audiologie, radiotherapie en geriatrische revalidatie)

Voor de categorale sectoren epilepsie, revalidatie, audiologie, radiotherapie en geriatrische revalidatie zijn specifieke zorgactiviteiten (kostendragers) beschikbaar. Voor de DBC-zorgproducten van deze specifieke categorale sectoren zijn de volgende kostprijzen gehanteerd:

1. DBC-zorgproducten revalidatie:
Vijftien van de 23 revalidatiecentra hebben kostprijzen op prijspeil 2009 aangeleverd. Van deze vijftien centra zijn er drie centra uiteindelijk niet meegenomen vanwege onvolkomenheden in de data.
2. DBC-zorgproducten radiotherapie:
Alle zes de radiotherapeutische centra en drie algemene ziekenhuizen (die alleen een deelaanlevering hebben gedaan van radiotherapie) hebben kostprijzen 2009 aangeleverd.
3. DBC-zorgproducten audiologie:
Elf van de dertien audiologische centra hebben kostprijzen 2008 aangeleverd.
4. DBC-zorgproducten epilepsie:
Beide epilepsie centra hebben kostprijzen 2009 aangeleverd.
5. DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg:
29 zorgaanbieders voor geriatrische revalidatiezorg hebben kostprijzen 2010 aangeleverd.

19.2.4 Kostprijzen DBC-zorgproducten Long/Astma

De kostprijzen voor de DBC-zorgproducten van de long/astma centra zijn tot stand gekomen op basis van kostprijsaanlevering door de zes derdelijns long/astma centra.

19.2.5 Kostprijzen DBC-zorgproducten expertproducten

Er is sprake van een expertproduct als er in de DIS-data minder dan zes productprofielen aanwezig zijn van een DBC-zorgproduct (zie tabel 10 en tabel 11). Voor de expertproducten binnen het gereguleerde segment wordt een experttarief berekend anders dan op basis van het gemiddelde profiel uit DIS. De NZa kan ook om andere reden besluiten een experttarief toe te passen, echter is er dan geen sprake van een expertproduct. Voor expertproducten in het vrije segment geldt een vrij kostenbedrag.

Tabel 10. Aantallen expertproducten gereguleerd segment

Omschrijving zorgproductgroepen	Gereguleerd segment
Chronische thuisbeademing	6
Complex chronisch longfalen	37
Geriatrische revalidatiezorg	36
Gespecialiseerde brandwondenzorg	13
Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl WBMV)	32
Infertiliteit (incl WBMV)	2
Kindergeneeskunde	142
Kindergeneeskunde nefrologie	25
Kinderneurologie (excl epilepsie/ excl slaapstoornissen)	1
Neonatologie	4

Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl WBMV)	50
Palliatieve zorg	6
Revalidatiegeneeskunde	3
Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)	13
WBMV - Klinische genetica en overige klinische genetica	1
WBMV - Zenuwstelsel (incl aanverwante diagnoses)	10
Totaal gereguleerd segment	381

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
48 van 60

Tabel 11. Aantallen expertproducten vrij segment

Omschrijving zorgproductgroepen	Vrij segment
Ademhalingsstelsel	25
Anesthesiologie	13
Audiologie	4
Bloed/bloedv org /immuunsyst	6
Botspierstelsel-bindweefsel/Letsel - Ziekten botspierstelsel/bindweefsel en late gevolgen/vroege compl trauma (wd)	18
Congenitaal/chromosomaal	38
Endocrien/voeding/stofwisseling	7
Hart en vaatstelsel	34
Huid en subcutis	13
ICC (excl ICC in specialisme-specifieke pre-MDC)	1
Infectie en parasitair	18
Kinderchirurgie	1
Kindergeneeskunde endocrinologie	2
Letsel/vergiftiging/gevolgen uitwendige oorzaken	64
Nieuwvormingen	301
Oog en adnexe	8
Oor en processus mastoideus - Aandoeningen oor (incl congenitaal)	11
Overige contacten gezondheidszorg	15
Plastische chirurgie	1
Psychisch en gedrag - Psychische stoornissen (incl niet- organische seksuele stoornis) (wd)	8
Radiologie	1
Radiotherapie	21
Spijsverteringsstelsel	8
Symptomen/afwijkende klin bevindingen/labuitslagen	2
Symptomen/Ov contacten - Alg sympt (oa collaps/vergr lymfkl /malaise/vermoeidh/koorts)/observ/onderz/ziekte nno	3
Urogenitaal	19
Zenuwstelsel	26
Zwangerschap/bevalling/kraambed	3
Totaal vrij segment	671

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
49 van 60

19.2.6 Kostprijzen DBC-zorgproducten topreferente kindergeneeskunde

Voor de kostdelen van de DBC-zorgproducten topreferente kindergeneeskunde (zorgproductgroepen 990116, 990216, 990316, 990416, 990516, 990616, 990716, 990816, 990916, 991016, 991116, 991216, 991316, 991416 en 991516) heeft de NZa gebruik gemaakt van de gemiddelde kostprijs van een verpleegdag, dagverpleging en consult uit de UMC's. Deze kostprijzen zijn verwerkt in de DBC-zorgproducten in plaats van de gemiddelde kostprijs van een verpleegdag, dagverpleging en consult uit de referentiegroep. Dit heeft geresulteerd in aangepaste kostenbedragen voor topreferente kindergeneeskunde.

19.2.7 Experttarieven DBC-zorgproducten topreferente kinderoncologie

De kostentarieven van de DBC-zorgproducten topreferente kinderoncologie (990116005, 990116009, 990116010, 990116014, 990116015, 990116016, 990116019, 990116020, 990116022, 990116023, 990116025, 990116027 en 990116029) zijn vastgesteld als experttarief op basis van een separaat kostprijsonderzoek van het Institute of Medical Technology Assessment (iMTA).

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
50 van 60

19.2.8 Kostprijzen DBC-zorgproducten neurochirurgie en cardiochirurgie

Voor het berekenen van de kostentarieven van DBC-zorgproducten neurochirurgie (zorgproductgroep 972802) en cardiochirurgie (zorgproductgroep 979001) is een nieuwe referentiegroep samengesteld, die kostprijzen heeft aangeleverd op basis van boekjaar 2010. Deze referentiegroep bestaat uit een meer representatieve vertegenwoordiging van de centra die bijzondere neurochirurgie en cardiothoracale zorg leveren. Deze kostprijzen zijn verwerkt in de DBC-zorgproducten in plaats van de kostprijzen uit de referentiegroep. Dit heeft geresulteerd in aangepaste kostenbedragen voor neurochirurgie en cardiochirurgie.

19.2.9 Experttarieven DBC-zorgproducten kinderdialyse

De kostentarieven van de DBC-zorgproducten kinderdialyse (990016020, 990016041, 990016053, 990016042, 990016054, 990016072, 990016043, 990016055, 990016074, 990016095, 990016096, 990016108 en 990016109) zijn vastgesteld als experttarief op basis van een separaat kostprijsonderzoek van de sectie kindernefrologie van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK).

19.2.10 Kapitaallasten in terugvaloptie

Aan de productprijzen berekend volgens de terugvaloptie wordt een standaard kapitaallastenpercentage toegepast.

19.2.11 Medisch specialistische zorg

Aan de productprijzen berekend volgens de terugvaloptie is het standaard kapitaallastenpercentage toegevoegd. In tabel 12 is het gehanteerde percentage weergegeven.

Tabel 12. Overzicht kapitaallastenpercentage

Naam	Index
Kapitaallasten	1,08695652

19.2.12 Geriatrische revalidatiezorg

Voor de geriatrische revalidatiezorg is een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten in de tarieven opgenomen. De kapitaallasten opslag voor de dagbehandeling en het polikliniekbezoek betreft een opslag per uur berekend aan de hand van het gemiddelde zorgprofiel. De kapitaallastenopslag voor de verpleegdagen en afwezigheidsdagen betreft de normatieve huisvestingscomponent (NHC) per dag. Deze is ook berekend op basis van het gemiddelde profiel. De NHC wordt voor bestaande zorgaanbieders⁴⁸ gefaseerd ingevoerd ingevolge de Beleidsregel Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) bestaande zorgaanbieders. In de DBC-zorgproduct tarieven is de volledige NHC opgenomen en deze wordt ieder jaar met 2,5% geïndexeerd. Gezien de vormgeving van het overgangstraject kan over

⁴⁸ Zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt en die daartoe voor 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor.

dit onderdeel van de beleidsregelwaarde voor bestaande zorgaanbieders niet onderhandeld worden. In bijlage 7 wordt aangegeven welk aandeel de NHC heeft in de beleidsregelwaarden, zodat hier in de onderhandelingen rekening mee gehouden kan worden.

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
51 van 60

19.3 Trendmatige aanpassing

De kostenbedragen van de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

De in de kostenbedragen begrepen loonkosten worden aangepast op basis van de door de Minister van VWS aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA).

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t wordt gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP).

Calculatieschema

A.) Eindcalculatie jaar t:

$$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t}}{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t-1}} - 1$$

B.) Structurele doorwerking afwijking jaar t-1:

$$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-1}}{(\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-2}) \times (1 + \text{eindcalculatie t-1})} - 1$$

C.) Totale aanpassing jaar t: $[(1+A) \times (1+B)] - 1$.

Tabel 13. Overzicht prijsindex

Naam	Index
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,014
Prijsindex 2012	1,0316
Prijsindex 2013	1,0193
Prijsindex 2014	1,0314

Uitzonderingen hierop vormen de kostenbedragen van de overige zorgproducten voor:

- Add-ons dure en weesgeneesmiddelen
- Stollingsfactoren
- Prenatale screening
- Logopedie
- Scen-consultatie
- Verpleging in thuissituatie
- Bijzondere tandheelkunde

Voor de afronding van de tarieven wordt verwezen naar de beleidsregel 'afronding tarieven'.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
52 van 60

Artikel 20. Kostenbedragen overige zorgproducten

Behoudens een aantal uitzonderingen, behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment.⁴⁹

20.1 Productprijsberekening volgens NZa-kostprijsmodel

Voor de herijking van de kostenbedragen van de overige zorgproducten wordt gebruik gemaakt van het NZa-kostprijsmodel zoals beschreven in artikel 19.1.

De overige zorgproducten binnen het gereguleerde segment zijn als volgt verdeeld over de verschillende stappen uit de beslisboom. Tabel 14 laat zien dat voor 774 overige zorgproducten het NZa-kostprijsmodel van toepassing is (stap 5 t/m 7).

Tabel 14. Toepassing NZa-kostprijsmodel overige zorgproducten

Groep	Omschrijving	Aantal overige zorgproducten per stap in beslisboom					
		stap 1	stap 3	stap 5	stap 6	stap 7	Eindtotaal
OZP Overige verrichtingen	Reiskosten				2		2
	Bijzondere tandheelkunde	8					8
	Hyperbare zuurstofbehandeling					1	1
	Keuringen/ rapporten	1					1
	Verpleging in thuissituatie	2					2
	Klinisch genetisch onderzoek		2	8	1		11
	Spermabank/ vitrificatie en opslag eicellen		6	2	1		9
	Kaakchirurgie		2	94	13	16	125
OZP Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	Med specialistische behandeling en diagnostiek		32	49	3	2	86
OZP Paramedische behandeling en onderzoek	Orthoptie	2					2
	Verloskunde		6				6
	Dieetadvisering	10					10
	Oefentherapie	22					22
	Logopedie	19					19
	Fysiotherapie	25					25
	Ergotherapie	3					3
	Eerstelijns psychologie	24					24
OZP Eerstelijns diagnostiek	Prenatale screening	4					4
	Pathologie			12			12
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek		9	373	25	17	424
	Beeldvormende diagnostiek			121	7	5	133
	Eerstelijnsdiagnostiek			13			13
	Trombosedienst		5	2	1		8

⁴⁹ Met uitzondering van de overige zorgproducten 'extramurale dieetadvisering', 'fysiotherapie' en 'oefentherapie'.

OZP Supplementair - Overig traject	Overig traject			5	Kenmerk BR/ICU-2134	6
OZP Supplementair - Add-on IC	Add-on IC	7			Pagina 53 van 60	7
OZP Supplementair – Stollingsfactor	Stollingsfactoren	72				72
OZP Supplementair - Add-on duur of wees geneesmiddel	Add-on duur of weesgeneesmiddelen	119				119
Eindtotaal		318	62	679	54	41
						1154

Bij prestaties die in de beslisboom uit paragraaf 19.1.3 behoren tot stap 1 tot en met 4 wordt het NZa-kostprijsmodel niet toegepast. In dat geval past de NZa de terugvaloptie toe. Deze terugvaloptie betekent indexering van de kostenbedragen 2013 volgens de prijsindex zoals beschreven in artikel 19.3 of toepassing van andere productprijsberekeningsmethoden zoals beschreven in artikelen 20.2 t/m 20.9. De kostenbedragen vallend onder de terugvaloptie zijn gebaseerd op kostentarieven 2004 (prijsspeil 2003). Deze zijn vanaf die tijd jaarlijks geïndexeerd.

20.2 Kostenbedragen add-ons Intensive Care

De basis voor de kostentarieven van de add-ons Intensive Care zijn kostprijsgegevens 2009 van 38 ziekenhuizen, ingedeeld in kostensoorten. Omdat deze prestaties per 2014 worden aangepast wordt het NZa-kostprijsmodel niet toegepast, maar wordt gebruik gemaakt van het reeds eerder uitgevoerde onderzoek.

Tabel 15. IC behandel dag add-ons Intensive Care

Prestatie	Aantal instellingen in referentiegroep 2006	Aantal instellingen in referentiegroep 2009
IC-dag licht	4	9
IC-dag middel	5	9
IC-dag zwaar	12	20

De kostprijzen zijn vervolgens berekend door de totale kosten van de IC te delen door de productie eenheden van de IC. Hierbij is een frequentie gewogen normatieve kostprijs verhouding ingerekend voor de behandel dag, opnametoeslag, beademingstoeslag en dialysetoeslag van respectievelijk 20 : 5 : 4 : 3.

Bovendien is de productie genormeerd naar een bezettingsgraad van 80%. De bezettingsgraad van de IC bestaat uit:

Bezettingsgraad = Aantal IC-behandel dagen / (Aantal beschikbare bedden * 365)

Dit betekent dat voor een ziekenhuis met bezettingsgraad x de gehele productie is gecorrigeerd met de factor (% / x). Bij een ziekenhuis met een bezettingsgraad van onder de 80% resulteert dat in een hogere productie en daarmee een lagere kostprijs. Evenzo leidt omgekeerd de normering voor een ziekenhuis met een bezettingsgraad van boven de 80% tot een productieverlaging en daarmee een hogere kostprijs. Bij het normeren is er met een maximum bezettingsgraad van 100% gerekend.

De norm van 80% is gebaseerd op de CBO Richtlijn 2006.⁵⁰

⁵⁰ CBO-richtlijn Intensive Care 2006, p13 – 17.

20.3 Kostenbedragen add-ons MICU transportKenmerk
BR/CU-2134

De kostentarieven van prestaties voor Mobile Intensive Care Unit (MICU) transport (190132, 190133) zijn aangepast op basis van een separaat kostprijsonderzoek bij 5 MICU-centra. Deze herijking vloeit voort uit de aanpassing van de kostentarieven van de overige add-ons IC per 2012.

Pagina
54 van 60**20.4 Kostenbedragen add-ons dure en weesgeneesmiddelen**

De kostenbedragen zijn gebaseerd op de lijstprijs per milligram (mg) of per unit (E) per toedieningsvorm. Dit betekent dat de NZa de lijstprijs omrekent naar de prijs per mg of per E per toedieningsvorm. De NZa stelt één keer per jaar het maximumtarief vast op basis van de lijstprijzen. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs (apothek inkoopprijs, AIP) van 1 april van jaar t-1. De add-on maximumtarieven zijn inclusief 6% BTW.

De kostenbedragen van dure en weesgeneesmiddelen worden gebaseerd op de lijstprijs per milligram of per unit van de goedkoopste aanbieder en omgerekend vanuit de goedkoopste verpakkingseenheid.

20.5 Kostenbedragen logopedie

Voor de kostenbedragen logopedie wordt verwezen naar de beleidsregel Logopedie.

20.6 Kostenbedragen prenatale screening

Voor de kostenbedragen prenatale screening wordt verwezen naar de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek.

20.7 Kostenbedragen stollingsfactoren

De tarieven van de stollingsfactoren zijn gebaseerd op de lijstprijzen per verpakkingseenheid. De maximumtarieven worden één keer per jaar vastgesteld op basis van de lijstprijzen. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs (apothek inkoopprijs, AIP) van 1 april van jaar t-1.

20.8 Kostenbedragen MRI

Voor de prestaties MRI (81093, 82490, 83190, 83290, 83390, 84090, 85090, 87090, 88090, 89090) zijn naast de kostprijzen uit ziekenhuizen ook de kostprijzen van vijf zelfstandige behandelcentra betrokken in de tariefberekening.

20.9 Kostenbedragen prenatale diagnostiek

Voor de prestaties prenatale diagnostiek is in de tariefberekening alleen gerekend met instellingen die een WBMV-vergunning hebben voor deze zorg. Dit heeft voor 3 prestaties tot een hoger tarief geleid (191114, 191117, 191118).

Artikel 21. Berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten**21.1 Maximumtarief in het vrije segment**

Voor de honorariumbedragen gelden met ingang van 1 januari 2012 maximumtarieven in zowel het gereguleerde als het vrije segment.

21.2 Integrale tarievenKenmerk
BR/CU-2134Pagina
55 van 60

Een groot deel van de zorgproducten van (geriatrische) revalidatiezorg, klinische genetica, audiologie en zenuw- en zielsziekten hebben alleen een kostenbedrag (integrale tarieven). Voor deze zorgproducten zijn geen aparte honorariumbedragen berekend.

21.3 Algemene uitgangspunten honorariumberekening

De honorariumbedragen worden vastgesteld op basis van de macro beschikbare budgettaire middelen. Het Budgettair Kader Zorg voor vrijgevestigde medisch specialisten (hierna: BKZ MS) is leidend voor de berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct.

Producten die alleen door specialisten in dienstverband worden verricht, worden op dezelfde wijze van een honorariumbedrag voorzien als de honorariumbedragen die ook door vrijgevestigde specialisten worden verricht.

Bijstelling van honorariumbedragen van zorgproducten vindt op een zodanige wijze plaats, dat de onderlinge verhouding van honorariumbedragen adequaat de verhoudingen in werklust tussen zorgproducten weerspiegelen.

Honorariumtarieven worden berekend op het niveau van declaratiecodes. Elk zorgproduct en elke los declarabele zorgactiviteit dient één poorthonorarium te krijgen. Binnen een DBC-zorgproduct van een poortspecialisme dient de productie van een ondersteunend specialisme een apart honorariumbedrag te krijgen.

21.4 Wijze van berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten

Het honorariumdeel van landelijke productprijzen wordt berekend door de beschikbare middelen in het BKZ MS te verdelen over de verschillende specialismen. Vervolgens wordt het totale BKZ bedrag per specialisme verdeeld over de DBC-zorgproducten per specialisme, gebruik makend van de verdeelsleutels uit het normtijdentract.

De berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct is onderstaand schematisch weergegeven. De verschillende berekeningsstappen worden in de volgende artikelen op hoofdlijnen beschreven.⁵¹

⁵¹ Voor een meer uitvoerige en technische toelichting op de gehanteerde methodiek wordt verwezen naar het document 'Toelichting op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013'.



Figuur 1: Schematische weergave berekening tarieven (stap 1 t/m 4)

Artikel 22. Bepaling BKZ bedrag per specialisme (stap 1)

22.1 Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Het uitgangspunt bij de berekening van de honorariumbedragen is dat vaststelling plaatsvindt binnen de kaders van het BKZ MS. Het BKZ MS heeft alleen betrekking op medisch specialistische zorg geleverd door vrijgevestigde medisch specialisten.

Het BKZ MS is vastgesteld als kader voor het jaar waar de tariefberekening betrekking op heeft. In de tariefberekening wordt het budgettair kader vergeleken met de historische productiedata. De toegestane volumegroei in de tussenliggende jaren dient in de tariefberekening in mindering gebracht te worden door de groeiruimte van het budgettair kader af te schalen.

22.2 Toedeling BKZ naar specialismen

Voor de bepaling van het BKZ bedrag per medisch specialisme wordt gebruik gemaakt van aantallen FTE (Full Time Equivalent) per specialisme.

Voor het specialisme consultatieve psychiatrie is wegens het gebrek aan data over het beschikbare budget een andere methodiek gehanteerd ten aanzien van de totstandkoming van het specialisme specifieke budget. Het beschikbare budget voor consultatieve psychiatrie wordt gebaseerd op de omzet van het specialisme in 2010.

Voor intensivisten is geen apart budgettair kader berekend omdat dit type specialist geen eigen declaratietitel tot haar beschikking heeft. De tijdbesteding van de intensivist zit daarom verwerkt in de BKZ bedragen van de onderliggende moederspecialismen.

In de tariefberekening wordt een subset van het totale productiedataset meegenomen, namelijk de productie van instellingen waarvan de beschikbare data van voldoende kwaliteit is. De BKZ bedragen per specialisme dienen daarom afgestemd te worden op de instellingen die in het productiebestand zijn opgenomen. Deze correctie op het BKZ per specialisme vindt plaats met behulp van een BKZ bedrag per FTE.

In de hoogte van de BKZ bedragen per specialisme dient uitsluitend voor uitval gecorrigeerd te worden indien aannemelijk is dat de betreffende uitvallende zorgproducten niet tot declaratie kunnen leiden.

Kenmerk
BR/CU-2134
Pagina
57 van 60

Artikel 23. Bepaling productiedataset (stap 2)

De gebruikte productiedataset is data die in het DIS wordt geregistreerd. De geschoonde en landelijke representatieve DIS-data is opgeschaald en aangevuld met gedeclareerde productie uit de IZiZ bestanden van zorgverzekeraars. De productie van expertproducten wordt niet meegenomen in de rondrekening met het BKZ MS.

De productie van ondersteunende specialismen wordt opgeschaald met behulp van de meest actuele en beschikbare ondersteunerscompensatiefactor zoals deze berekend is uit de gegevensuitvraag van het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS).

Per vakgroep is inzichtelijk welk deel van de omzet door vrijgevestigde specialisten is uitgevoerd. Op basis van deze verhouding wordt bepaald welk deel van de productie door vrijgevestigde specialisten wordt uitgevoerd en daardoor meegenomen wordt in de tariefberekening.

Artikel 24. Verdeelsleutels (stap 3)

24.1 Relatieve waardering

Normtijden dienen, in de vorm van verdeelsleutels, de onderlinge verhouding in werklust tussen de producten te weerspiegelen. Wetenschappelijke verenigingen worden in de gelegenheid gesteld alle zorgactiviteiten, zorgproducten, expertproducten en overige zorgproducten te normeren.

De normtijden van de ondersteunende specialismen zijn per specialisme via het zorgproductprofiel opgeteld tot een zorgproductnormtijd.

24.2 Normtijdentool

De normtijdentabel is het uitgangspunt in het berekenen van de verdeelsleutels. De normtijden worden ongewijzigd verwerkt tot deze verdeelsleutels. De specialismen die horen bij de grootste uitvoerders normeren een zorgproduct.

Zorgproducten worden in principe ontclusterd aangeboden in het normtijdentool. Op verzoek van wetenschappelijke verenigingen kunnen vanwege medisch inhoudelijke redenen zorgproducten geclusterd worden. Deze clustering zorgt ervoor dat zorgproducten na de BKZ-uitlijning hetzelfde honorariumbedrag krijgen. Voorwaarde is wel dat wetenschappelijke verenigingen onderling akkoord zijn dat een product clustering verdient. Voor de optimale vrijheid in het declaratieverkeer worden de zorgproducten na de honorariumberekening weer ontclusterd.

Artikel 25. Berekenen honorariumtarief per zorgproduct (stap 4)

25.1 Methodiek honorariumbedragen DBC-zorgproducten

Bovenstaande deelvariabelen leiden gezamenlijk tot een honorariumbedrag per zorgproduct. In de berekening wordt het BKZ bedrag per specialisme verdeeld over de DBC-zorgproducten per

specialisme, op basis van de productieaantallen en de verdeelsleutels uit het normtijdentraject⁵².

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
58 van 60

<i>Deel (1)</i>
$BKZ(\text{specialisme}(X)) = \frac{\text{aantal_fte}(\text{specialisme}(X))}{\text{totaal_aantal_fte}} \times \text{beschikbare_budgettaire_middelen}$
<i>Deel (2)</i>
$\text{relatieve_verdeelsleutel}(\text{zorgproduct}(f)) = \frac{\text{Productie_}(\text{zorgproduct}(f)) \times \text{verdeelsleutel_normtijden}(\text{zorgproduct}(f))}{\text{Totale_som}(\text{productie} \times \text{verdeelsleutel_normtijden})}$
<i>Deel (3)</i>
$\text{Honorarium component}(\text{zorgproduct}(f)) = \frac{BKZ(\text{specialisme}(X)) \times \text{relatieve_verdeelsleutel}(\text{zorgproduct}(f))}{\text{aantal_zorgproduct}(f)}$

25.2 Specialisme overstijgende producten

De honorariumbedragen voor specialisme overstijgende producten worden aan elkaar gelijk gesteld. Dit betekent dat voor producten die door meerdere specialismen geproduceerd worden eenzelfde honorariumbedrag van toepassing is.

25.3 Trendmatige aanpassing

De honorariumbedragen van de DBC-zorgproducten worden jaarlijks trendmatig aangepast met de dan geldende loon- en prijsbijstelling. Deze wordt berekend door de jaarlijkse cumulatieve verhoging voor loon- en prijsbijstellingen van het macrobudget voor de vrijgevestigd medisch specialisten ambtshalve te verwerken in de honorariumbedragen.

Artikel 26. Honorariumbedragen overige zorgproducten

De honorariumbedragen ten aanzien van de overige zorgproducten worden op identieke wijze als de DBC-zorgproducten bepaald, dit voor zover een separaat honorariumcomponent deel uit maakt van het product.

Voor de prestaties rijbewijskeuringen (119027 t/m 119030) geldt een maximumtarief. Het tarief is consistent met de andere prestaties en tarieven voor rijbewijskeuringen die gelden in de curatieve zorg en is daarvan afgeleid.

Het tarief van de rijbewijskeuring is een integraal tarief (ook al is het technisch gezien als honorariumcomponent geduid). De andere tarieven in de curatieve zorg zijn namelijk ook integraal en kennen geen onderscheid in kosten en honorarium. Alle onderzoeken/verrichtingen die worden uitgevoerd in het kader van de rijbewijskeuring, vallen binnen die prestatie.

Er mag dus geen ander zorgproduct in rekening worden gebracht wanneer in het kader van de rijbewijskeuring een onderzoek/verrichting wordt uitgevoerd.

Artikel 27. Ondersteunende specialismen in het vrije segment

⁵² Voor een complete toelichting op het normtijdentraject, zie het "Verantwoordingsdocument normtijdentraject RZ13a" van DBC-Onderhoud.

In het B-segment dienen zowel de honorariumcomponenten voor ondersteunende specialismen, als componenten van het te declareren DBC-bedrag, op lokaal niveau berekend en uit onderhandeld te worden door de afgesproken profielen af te zetten tegen de vastgestelde maximum honorariumbedragen per zorgactiviteit. In bijlage 8 van deze beleidsregel staan de maximum ondersteunershonoraria per zorgactiviteit. De (maximum) honorariabedragen binnen het vrije segment voor de poortspecialismen stelt de NZa per DBC-zorgproduct vast.

Kenmerk
BR/CU-2134

Pagina
59 van 60

Bijlage 1 Overzicht DBC-zorgproducten

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van alle DBC-zorgproducten ingedeeld in segmenten en van de uitvalproducten.

Bijlage 2 Typeringslijsten per specialisme

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de geldende typeringslijsten per 1-1-2012 per AGB-specialismecode.

Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de geldende zorgactiviteiten met een unieke code en een bijbehorende omschrijving.

Bijlage 4 Overzicht overige zorgproducten

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van alle overige zorgproducten ingedeeld in segmenten.

Bijlage 5 Stofnamen en indicatielijst add-on geneesmiddelen

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van stofnamen en toegestane indicaties bij de add-ons dure en weesgeneesmiddelen.

Bijlage 6 Indicatielijst stollingsfactoren

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de stollingsfactoren.

Bijlage 7 NHC kapitaallastenopslag voor geriatrische revalidatiezorg

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de kapitaallasten voor geriatrische revalidatiezorg.

Bijlage 8 Lijst ondersteunerhonoraria B-segment

Deze bijlage is als losse bijlage (Excel) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van alle geldende maximum honorariumbedragen van zorgactiviteiten ten behoeve van ondersteuners in het vrije segment.