

Inhoudsopgave

Kenmerk
BR/CU-2081

Artikel 1.	Grondslag	2
Artikel 2.	Aanwijzingen.....	2
Artikel 3.	Doel.....	2
Artikel 4.	Reikwijdte.....	2
Artikel 5.	Inwerkingtreding	3
Artikel 6.	Vervallen beleidsregels	3
Artikel 7.	Samenloop	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.	Overige zorgproducten	17
Artikel 13.	Supplementaire producten	18
Artikel 14.	Eerstelijnsdiagnostiek.....	26
Artikel 15.	Paramedische behandeling en onderzoek.....	27
Artikel 16.	Overige verrichtingen.....	29
Artikel 17.	Tariefopbouw en tariefsoorten	32
Artikel 18.	Kostenbedragen DBC-zorgproducten	34
Artikel 19.	Kostenbedragen overige zorgproducten	40
Artikel 20.	Berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten.....	41
Artikel 21.	Bepaling BKZ bedrag per specialisme (stap 1)	43
Artikel 22.	Bepaling productiedataset (stap 2)	43
Artikel 23.	Verdeelsleutels (stap 3).....	44
Artikel 24.	Berekenen honorariumtarief per zorgproduct (stap 4)	44
Artikel 25.	Honorariumbedragen overige zorgproducten	45
Artikel 26.	Ondersteunende specialismen in het vrije segment	45
Bijlage 1	Overzicht DBC-zorgproducten.....	46
Bijlage 2	Typeringslijsten per specialisme.....	46
Bijlage 3	Zorgactiviteitentabel.....	46
Bijlage 4	Overzicht overige zorgproducten.....	46
Bijlage 5	Stofnamen en indicatielijst add-on geneesmiddelen.....	46
Bijlage 6	Indicatielijst stollingsfactoren	46
Bijlage 7	Kapitaallastenopslag voor geriatrische revalidatiezorg.....	46
Bijlage 8	Lijst ondersteunerhonoraria B-segment	46

Artikel 1. GrondslagKenmerk
BR/CU-2081Pagina
2 van 46

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

Artikel 2. Aanwijzingen

Ingevolge artikel 59 aanhef en onder a en b Wmg heeft de Minister van VWS met de brief van 27 juni 2011 met kenmerk MC-U-3070826, de brief van 25 juli 2011 met kenmerk MC-U-3073582, de brief van 30 augustus 2011 met kenmerk MC-U-3078436 en de brief van 26 juni 2012 met 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 en geriatrische revalidatiezorg.

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 eveneens van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden. Voor de toepassing van het beleid worden zij onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving voor het desbetreffende specialisme door de NZa.

Deze beleidsregel is eveneens 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), waaronder zowel de tweedelijns curatieve GGZ als omschreven bij of krachtens de Zvw die wordt

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, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

geleverd door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's', als niet verplicht verzekerde tweedelijns curatieve GGZ worden verstaan.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
3 van 46

Artikel 5. Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2013.
Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst, en werkt hij terug tot en met 1 januari 2013.
Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Artikel 6. Vervallen beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2076 ingetrokken.³

Artikel 7. Samenloop

Voor overlopende DBC's (DBC's gestart in 2011 en doorlopend in 2012) blijven de op het moment van opening geldende beleidsregels en regelingen van toepassing. Met betrekking tot paralleliteit, serialiteit en add-ons gelden daarnaast enkele specifieke in deze beleidsregel opgenomen overgangsbepalingen.

Artikel 8. Begrippen en afkortingen

In deze beleidsregel worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

8.1 Add-on

Add-ons zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct (aanhaakprestaties). Alleen zorg op de Intensive Care (IC) alsmede een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Add-ons vallen 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.

8.3 BKZ per specialisme

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

³ De beleidsregel BR/CU-2078 is wel gepubliceerd, maar voor inwerkingtreding ingetrokken en vervangen door BR/CU-2081.

8.4 Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Het Budgettair Kader Zorg geeft het jaarlijks door VWS vastgestelde budget weer dat beschikbaar is voor met name de uitgaven vallende onder de ZVW en de AWBZ. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de beschikbare middelen voor de vrijgevestigde medisch specialisten (BKZ MS) en het budget dat beschikbaar is voor (overige) kosten van instellingen voor medisch specialistische zorg (BKZ Ziekenhuizen).

8.5 DBC

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

8.6 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen. Een subtraject dat voldoet aan de voorwaarden met betrekking tot de afleiding ervan, leidt, in combinatie met het zorgprofiel, tot een declarabel DBC-zorgproduct.

8.7 DBC-zorgproductcode

Het unieke nummer van een DBC-zorgproduct dat bestaat uit negen posities, te weten DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).

8.8 DBC-zorgproductgroep

Een DBC-zorgproductgroep is een verzameling van DBC-zorgproducten 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, waartoe een DBC-zorgproduct behoort.

8.10 Declaratiedataset

De voor afleiding aan een grouper aangeboden verzameling van gegevens omtrent de door een zorgaanbieder aan een patiënt geleverde zorg.

8.11 Diagnose-combinatietabel

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

8.12 Eigen patiëntKenmerk
BR/CU-2081Pagina
5 van 46

Een patiënt geldt voor een medisch specialist⁴ of instelling als 'eigen patiënt' indien deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot die medisch specialist. Deze medische specialist wordt aangemerkt als hoofdbehandelaar wanneer deze medisch specialist voor het verlenen van die (medische) zorg op dat moment in de instelling zijn praktijk uitoefent.

8.13 Gereguleerd segment

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

8.14 Grouper

Een applicatie in een beveiligde omgeving die uit de door de aangesloten instellingen aangeboden datasets DBC-zorgproducten en add-ons afleidt conform door de NZa vastgestelde beslisbomen van de DOT-productstructuur.

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 die 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 Intercollegiaal consult (ICC)

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

8.19 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.

8.20 Kostendrager

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

⁴ Waar in deze beleidsregel wordt gesproken over 'medisch specialist' kan daarmee ook worden bedoeld: de audioloog of de specialist ouderengeneeskunde.

8.21 Onderlinge dienstverleningKenmerk
BR/CU-2081Pagina
6 van 46

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

8.22 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.

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel fungeren als poortspecialist en is er wel 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).

8.23 Ondersteuners compensatiefactor (OCF)

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

8.24 Overig zorgproduct (OZP)

Een prestatie binnen de medisch specialistisch zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, te weten supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.⁵

8.25 Poortspecialist

Een poortspecialist is de medisch specialist naar welke een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatalogie (0316), gastro-enterologie/MDL (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361).⁶

⁵ Tot en met 2012 bestonden overige zorgproducten uit vijf categorieën, te weten: add-ons, ondersteunende producten (OP), overige producten (OVP), overige trajecten en overige verrichtingen.

⁶ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren in overige zorgproducten.

8.26 Poortfunctie**Kenmerk**
BR/CU-2081**Pagina**
7 van 46

De poortfunctie kan door een poortspecialist, een medisch specialist van een ondersteunend specialisme, een audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme, respectievelijk 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.

8.27 Specialist ouderengeneeskunde

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

8.28 Subtraject

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf gedefinieerd moment wordt afgesloten. Dat moment wordt bepaald door de sluitregels in 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 kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.

8.29 Typeringslijst

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

8.30 Uitvalproduct

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

8.31 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.

8.32 Verpleeghuis

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

8.33 Vrij segment

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

8.34 ZorgactiviteitKenmerk
BR/CU-2081Pagina
8 van 46

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.

8.35 Zorgproduct

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

8.36 Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

8.37 Zorgtraject

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

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 specialistisch zorg zijn onderverdeeld in:

- DBC-zorgproducten
- Overige zorgproducten

Artikel 11. DBC-zorgproducten

Het DBC-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van instelling en medisch specialist, waarvoor (tenzij uit deze beleidsregel anders voortvloeit) integrale kosten- en honorariumbedragen gelden die zowel alle kosten van het ziekenhuis als het honorarium van de medisch specialist omvatten.⁷ De DBC-zorgproducten zijn weergegeven in bijlage 1.

⁷ Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan (tenzij uit de beleidsregel voortvloeit dat naast het DBC-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add on, mag worden gedeclareerd).

11.1 DBC-zorgproductgroep

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
9 van 46

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 declaratiecode⁸ verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht.⁹ De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities informatie geven over het segment en de door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) vastgestelde aanspraak met betrekking tot het betreffende DBC-zorgproduct (zie tabel 1).

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](#).

⁸ De declaratiecode behorend bij het DBC-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

⁹ Bij één declaratiecode kunnen (onder een eventueel maximumtarief) meerdere prijsafspraken worden gemaakt (prijsdifferentiatie).

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, prenatale screening of het overig product fundusfotografie.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
10 van 46

11.4.2 Zorgvraag

Bij enkele specialismen speelt de component zorgvraag¹⁰ een rol bij het afleiden van een subtraject. Het gaat om de specialismen: plastische chirurgie, urologie, kindergeneeskunde/neonatologie, revalidatiegeneeskunde, consultatieve psychiatrie en radiotherapie. 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 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.

11.5 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.

¹⁰ De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

11.5.1 Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190011, 190012 en 190013)¹¹**Kenmerk**
BR/CU-2081**Pagina**
11 van 46

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007, 190011) en bij een 'polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek, dat leidt tot opening van een nieuwe DBC' (190012) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek bij een lopende DBC' (190008, 190013) moet sprake zijn van:

- face-to-face-contact¹² tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis'¹³ (waarbij de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in lokaal overleg 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 plaatsvinden (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium 'face-to-face-contact'.¹⁴

11.5.2 Eerste polikliniekbezoek (190011)

Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste keer in een instelling een medisch specialist van een bepaald poortspecialisme consulteert. Er mag (voor deze patiënt) pas opnieuw een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd en gedeclareerd indien in de 365 dagen voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

11.5.3 Polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek, dat leidt tot opening van een nieuw DBC-zorgproduct (190012)

Zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste consult van een nieuw ziektegeval (DBC-zorgproduct met nieuwe zorgvraag), wanneer er in de twaalf voorafgaande maanden bij het betreffende specialisme al een eerste polikliniekbezoek is geregistreerd.

11.5.4 Herhaal-polikliniekbezoek bij een lopend DBC-zorgproduct (190013)

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

11.5.5 Polikliniekbezoek GRZ (194800)

Een controlebezoek of een beperkt aantal uren durende vorm van (groeps-)behandeling in een zorginstelling, waarbij de patiënt geen gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten. De poliklinische behandeling of controlebezoek is gepland en noodzakelijk in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde.

¹¹ Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging of klinische opname worden geregistreerd.

¹² In uitzondering hierop mag in geval van screen-to-screen beeldcontact tussen patiënt en poortspecialist bij een lopende DBC een herhaalpolikliniekbezoek (190008, 190013) worden vastgelegd. Dit beeldcontact dient als vervanging voor een fysiek consult.

¹³ Voor codes 190007 en 190008 geldt dat er sprake moet zijn van hulp door of vanwege een gespecialiseerd brandwondencentrum.

¹⁴ De zorgactiviteitscodes 190012 en 190013 tellen niet mee voor het (schaduw)budget.

De poliklinische behandeling vindt plaats in aansluiting op een intramurale opname of dagbehandeling.

Per dag dat de patiënt poliklinisch wordt behandeld, wordt één zorgactiviteit polikliniekbezoek geregistreerd. Naast het polikliniekbezoek wordt de patiëntgebonden behandeltijd van de verschillende behandel disciplines vastgelegd.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
12 van 46

11.5.6 Multitrauma (190020)

De behandeling van de zwaarste categorie traumapatiënten (multitraumapatiënten met ISS $\geq$ 16) door instellingen met een erkenning als traumacentrum.

11.5.7 Klinische opname (190021)

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen¹⁵ worden geregistreerd.¹⁶ Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door 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.

11.5.8 Verpleegdag (190200 t/m 190207, 190211 t/m 190217, 194804)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat).¹⁷ Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de 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.¹⁸

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).

¹⁵ Voor de definitie van een verpleegdag zie artikel 11.5.8.

¹⁶ Voor het (schaduw)budget geldt dat ook voor de aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer dagen 'verblijf gezonde moeder' (190032) of 'verblijf gezonde zuigeling' (190033) worden geregistreerd, een klinische opname kan worden vastgelegd.

¹⁷ 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.

¹⁸ Een nadere toelichting op de definitie van verpleegdag is opgenomen in circulaire CI/12/63c.

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

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
13 van 46

11.5.9 Afwezigheidsdag (190034, 194809)

De dag, niet zijnde de ontslagdag, voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft, wordt niet als verpleegdag maar als afwezigheidsdag aangemerkt. Het betreft een - veelal geplande - afwezigheid van ten hoogste drie dagen.

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

11.5.10 Dagverpleging I : Normaal (190210, 190281, 190035)

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar¹⁹ en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.²⁰

11.5.11 Dagverpleging II: Zwaar (190055)

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een behandeling door een medisch specialist, bij welke behandeling minimaal één verrichting uit bijlage 1 van de beleidsregel 'Definities curatieve tweedelijns somatische zorg' wordt geregistreerd.²¹

11.5.12 Nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)

De zorgactiviteiten 'cochleaire implantaten nazorg volwassenen' (031904) en 'cochleaire implantaten nazorg kinderen' (031906) mogen uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal per jaar worden geregistreerd.²²

¹⁹ Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland). In uitzondering hierop mag ook een dagverpleging worden vastgelegd in geval van een aantal uren durende acute cardiologische (EHH) observatie. Voor nadere definiëring van het begrip 'observatie' verwijst de NZa naar een in oktober 2011 gepubliceerd boetebesluit op www.nza.nl (zaak 11J0155).

²⁰ Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet tijdens een klinische opname worden geregistreerd.

²¹ Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet tijdens een klinische opname worden geregistreerd.

²² Voor het (schaduw)budget geldt als aanvullende voorwaarde dat de parameters voor nazorg van cochleaire implantaten maximaal door één zorgaanbieder eenmaal per jaar in het (schaduw)budget kunnen worden opgenomen

11.5.13 *Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039393, 192003, 192026, 192042, 192103)*²³**Kenmerk**
BR/CU-2081

Een zorgactiviteit voor nazorg na orgaantransplantaties (039385 t/m 039393, 192003, 192026, 192042, 192103) mag per instelling door één hoofdbehandelaar eenmaal per jaar worden geregistreerd.²⁴

Pagina
14 van 46**11.5.14** *Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)*

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087, 192098) na stamceltransplantatie mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal na een transplantatie worden geregistreerd.²⁵

11.6 *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 modulen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodulen (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modulen (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria).

11.7 *Patiëntgebonden behandel tijd (194815 t/m 194842)*

De (directe en indirecte) patiëntgebonden behandel tijd voor een geriatrie 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.²⁶

11.8 *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.

11.9 *Preassessment dagopname (039691)*

Een preoperatief onderzoek, uitgevoerd door een anesthesioloog, met als doel voorafgaand aan een geplande ingreep een risico inventarisatie van de patiënt uit te voeren en daarmee risico reductie te bewerkstelligen bij patiënten die in dagverpleging worden geopereerd.

²³ De bedragen zijn exclusief de kosten van de Nederlandse Transplantatie Stichting.

²⁴ Voor het (schaduw)budget geldt als aanvullende voorwaarde dat de parameters voor nazorg van orgaantransplantaties gedurende maximaal drie jaar in het (schaduw)budget kunnen worden opgenomen.

²⁵ Voor het (schaduw)budget geldt eveneens dat de parameter voor nazorg na stamceltransplantaties eenmaal in het (schaduw)budget kan worden opgenomen.

²⁶ Voor de vastlegging van de specifieke activiteiten van de verpleging is een zestal specialistische verpleegkundige zorgactiviteiten beschikbaar, waarbij alleen de direct patiëntgebonden tijd wordt vastgelegd en niet de indirect patiëntgebonden tijd.

Deze activiteit maakt onderdeel uit van het zorgprofiel van de operateur. Er kan geen polikliniekbezoek voor deze activiteit worden geregistreerd.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
15 van 46

11.10 *Preassessment opname (039692)*

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

11.11 *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.

11.12 *Consult (oude of nieuwe patiënt) (090613)*

Zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste consult van een radiotherapeut bij een nieuw ziektegeval (DBC-zorgproduct met nieuwe zorgvraag).

11.13 *Follow-up consult (090614)*

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

11.14 *Multidisciplinair overleg (190005)*

Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie medisch specialisten van 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.

11.15 *Overleg palliatieve zorg (190006)*

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

11.16 *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 naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

11.17 *Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling (190015)***Kenmerk**
BR/CU-2081

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.

Pagina
16 van 46**11.18** *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.

11.19 *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.

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

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (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.

11.21 *Follow-up neonatale IC (190026 en 190027)*

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. Indien de follow-up wordt uitgevoerd door een neonatoloog wordt zorgactiviteit 190027 vastgelegd. Indien een andere poortspecialist de follow-up uitvoert wordt zorgactiviteit 190026 geregistreerd. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

11.22 *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.

Artikel 12. Overige zorgproductenKenmerk
BR/CU-2081Pagina
17 van 46

De prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd. Overige zorgproducten bestaan uit een viertal hoofdcategorieën, met daaronder subcategorieën, welke weergegeven zijn 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
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Orthoptie
	Psychologie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde
	Hartrevalidatie
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen/rapporten
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	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; paramedische behandeling en onderzoek; of overige verrichtingen.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
18 van 46

Artikel 13. 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

13.1 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-behandeldag, ingedeeld in tariefsgroepen (volumegroepen);
- IC-toeslag voor opname, beademing of dialyse op de IC ingedeeld in tariefsgroepen;
- IC-transport, ingedeeld in interklinisch transport en MICU transport korter en langer dan twee uur;
- IC consult;
- Neonatale en pediatrie intensive care zorg.

Een instelling wordt op basis van de aantallen beademingsdagen in het jaar t-1 ingedeeld in een tariefgroep²⁷ voor het jaar t. Hierbij gelden de volgende aantallen voor het jaar t-1:

- Tariefgroep 1: Minder dan 1000 beademingsdagen
- Tariefgroep 2: Tussen 1000 en 2000 beademingsdagen
- Tariefgroep 3: Meer dan 2000 beademingsdagen

Omdat opname op de IC meerdere aaneensluitende dagen kan plaatsvinden en ook meerdere toeslagen van toepassing kunnen zijn, worden de add-ons IC geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.

²⁷ Voor de bepaling van de tariefgroep geldt de definitie 'toeslag beademing IC' uit het (schaduw)budget.

De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons IC²⁸:

- 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.²⁹
- Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de IC zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
19 van 46

13.1.1 Prestatiebeschrijvingen add-ons IC

IC-behandeldag tariefgroep 1, 2 of 3 (190125, 190134, 190141)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC, ingedeeld in tariefgroep 1, 2 of 3.

Niet als behandeldag wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling,³⁰ voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Opnametoeslag tariefgroep 1, 2 of 3 (190126, 190135, 190142)

Een toeslag behorend bij de eerste kalenderdag van de (her)opname op de IC. De opnametoeslag kan naast de IC-behandeldag (190125, 190134, 190141) worden gedeclareerd.

Niet als opname wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt op de IC voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling, in plaats van op de verkoeverafdeling. In dit geval is sprake van een reguliere post-operatieve bewaking.

Toeslag beademing IC, tariefgroep 1, 2 of 3 (190127, 190136, 190143)

Deze toeslag geldt per beademingsdag. Een beademingsdag op de IC voor volwassenen is elke periode tussen 00.00 uur en 24.00 uur (ongeacht of continue dan wel afwisselend wel/niet wordt beademd) gerekend vanaf het tijdstip van invasieve of non-invasieve mechanische beademing tot het tijdstip van stoppen van de mechanische beademing.³¹ De beademingstoeslag kan naast de IC-behandeldag gedeclareerd worden.

Dialyse toeslag, groep 1, 2 of 3 (190128, 190137, 190144)

Deze toeslag geldt per dialysedag. Een dialysedag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt. De dialyse toeslag kan alleen naast de IC behandeldag (190125, 190134, 190141) bestaan, indien op enig moment sprake is van nierfunctievervangende therapie op de IC onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist. Niet als dialysetoeslag wordt geteld de uitvoering vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse DBC-zorgproduct.

²⁸ Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject.

²⁹ 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.

³⁰ Dit geldt ook voor de Post Anesthesia Care Unit (PACU)

³¹ Voor het (schaduw)budget geldt dat niet als beademingsdag wordt geteld de beademingsperiode tussen 24.00 uur en het tijdstip van detubatie.

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 hulp). In geval van acute dreigende medische calamiteit kan dit consult ook ongevraagd plaatsvinden.³²

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
20 van 46

Interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130, 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 'Ambulancediensten'.

MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132, 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.³³

Pediatrische intensive care (190151)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de pediatrische IC.³⁴

13.2 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.

³² Indien een IC-consult leidt tot een IC-behandelddag (op dezelfde kalenderdag) mag er geen IC-consult worden geregistreerd.

³³ Voor het schaduwbudget geldt een andere definitie voor vergoeding van de neonatale IC. Daar geldt als parameter: het verblijf op een neonatale IC van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling neonatologie. In het schaduwbudget wordt niet als verblijf geteld: terugplaatsing vanaf de highcare binnen een aaneengesloten opnameperiode waar al een opname op de neonatale IC is.

³⁴ Voor het schaduwbudget geldt een andere definitie voor vergoeding van de pediatrische IC. Daar geldt als parameter: het verblijf op een pediatrische IC van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling pediatrische IC. In het schaduwbudget wordt niet als verblijf geteld: terugplaatsing vanaf de highcare binnen een aaneengesloten opnameperiode waar al een opname op de pediatrische IC is

Add-ons dure³⁵ en weesgeneesmiddelen zijn overige zorgproducten voor geneesmiddelen, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd. Geneesmiddelen en/of indicaties waarvoor geen add-on beschikbaar is kunnen gedeclareerd worden via de DBC-zorgproducten.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
21 van 46

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.

13.2.1 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

13.2.2 Stofnamen en toegestane 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 geneesmiddelen zoals op 1 juni 2011 (voorlopig) opgenomen op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' zijn overgenomen, voor zover het door het CVZ positief beoordeelde indicaties betreft.³⁶
- b. Alle geneesmiddelen 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 geneesmiddelen 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 CVZ positief is beoordeeld op basis van de op 2011 van toepassing zijnde

³⁵ 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 13.2.3).

³⁶ 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.

- regelgeving. Een toevoeging van een geneesmiddel 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 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 Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) naar het ziekenhuiskader en declarabel als add-on. Het betreft (een selectie van) de middelen die vallen in de groepen groeihormonen en oncolytica.

De stofnamen en toegestane indicaties bij de add-ons zijn vermeld in bijlage 5. De NZa kan bepalen of deze geneesmiddelen en/of indicaties op de add-on lijst op termijn ook getoetst zullen worden aan nader te bepalen criteria.

De geneesmiddelen 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.

13.2.3 Aanvraag nieuwe add-ons geneesmiddelen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen, al dan niet door tussenkomst van een brancheorganisatie³⁷, een aanvraag indienen voor een nieuwe add-on indien het:

- een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde stofnaam én indicatie betreft, of;
- een na 31 december 2011 nieuw geregistreerde indicatie bij een bestaande stofnaam op de add-on lijst betreft.

Daarnaast dient er voldaan te worden aan de voorwaarden uit deze beleidsregel en de voorwaarden genoemd in de aanvraagprocedure.³⁸

Alle add-on aanvragen worden getoetst aan een absolute kostendrempel, te weten de gemiddelde jaarlijkse behandelkosten per patiënt. De grenswaarde is € 10.000,- per patiënt per jaar. De aanvrager dient inzichtelijk te maken dat de gemiddelde kosten van het gebruik van het geneesmiddel 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.

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

³⁷ 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.

³⁸ Zie voor de procedure www.nza.nl

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:

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
23 van 46

- A) Meest recente Apotheekinkoopprijs (A.I.P.)
B) Behandelschema voor de geregistreerde indicatie (op basis van 1B tekst EPAR en de pivotal registratiestudies) 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 CVZ. De onderbouwingsgegevens (bronnen) dienen aangeleverd te worden conform de hiervoor geldende procedure.

Bij een positief besluit tot vaststelling van een add-on zal de stofnaam en/of indicatie worden opgenomen in bijlage 5 van deze beleidsregel met ingang van de eerst mogelijke uitlevering (release) van prestaties en tarieven.

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.

13.2.4 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 CVZ of zorgverzekeraars aangaande de stand van wetenschap en praktijk³⁹ voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie, en
- een verzoek waarin minimaal aannemelijk is gemaakt dat:
 - Het geneesmiddel (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.

³⁹ Indien beschikbaar dient het betreffende CVZ oordeel bijgevoegd te worden bij de add-on aanvraag. Indien er geen oordeel van CVZ of verzekeraars beschikbaar is, zal de NZa het CVZ verzoeken hierover advies uit te brengen.

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:
 - Het geneesmiddel (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.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
24 van 46

3) Uitzondering op voorwaarde van registratie na 31 december 2011

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:

- 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 CVZ volgende de oude beleidsregels dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen.

13.3 Overige trajecten

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.⁴⁰ 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.

13.3.1 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.

⁴⁰ Onder reguliere verpleegdag wordt verstaan de verpleegdag zoals genoemd in artikel 11.5.8. Bij de prestatie 'Toeslag post IC-high care' (190152) geldt dat deze wel naast de reguliere verpleegdag mag worden geregistreerd.

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.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
25 van 46

13.3.2 *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.

13.3.3 *Verblijf gezonde moeder (190032)*

Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan.⁴¹

13.3.4 *Verblijf gezonde zuigeling (190033)*

Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan.⁴²

13.3.5 *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.

13.3.6 *Verpleegdagtarief HAK (190209)*

Een verpleegdag HAK is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Deze prestatie kan worden gedeclareerd door instellingen voor medisch specialistische zorg met een huisartsenkliniek. In een huisartsenkliniek wordt huisartsenzorg en lichte eerste hulp geboden, waarbij overdracht van de medische verantwoordelijkheid van de medisch specialist naar de huisarts plaatsvindt.

13.3.7 *Zotelovernachting (190208)*

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

13.4 Stollingsfactoren (191801 t/m 191898)

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.

⁴¹ Indien bij ziekte van het pasgeboren kind de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

⁴² Indien bij ziekte van de moeder de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

Artikel 14. EerstelijnsdiagnostiekKenmerk
BR/CU-2081

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

Pagina
26 van 46

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

14.1 Uitzondering

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

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

14.2.1 *Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079996)**Ordertarief per afname (079991)*

Afname 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) verstaan. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht. Deze prestatie kan bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht.

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 diabetesdienst (079996)

De uitvoering van programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van diabetes II patiënten 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.

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

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

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
27 van 46

Indien sprake is van verstrengeling 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.

Sperma onderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110)

Voor de overige zorgproducten sperma onderzoek is, ingeval dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitssprekkuur, verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk.

14.2.2 Trombosedienst (190248, 190249, 190256 t/m 190259)

De prestaties 190248, 190249, 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.

14.2.3 Prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516)

Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties prenatale screening, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, zijn te vinden in bijlage 1 bij de beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek.

14.2.4 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 15. 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	Kenmerk
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Dieetadvisering	BR/CU-2081
	Ergotherapie	Pagina
	Fysiotherapie	28 van 46
	Logopedie	
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck	
	Orthoptie	
	Psychologie	
	Verloskunde	

15.1 Uitzondering

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

15.1.1 Extramurale dieetadvisering (290164 en 290165)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen extramurale dieetadvisering zijn te vinden in de beleidsregel 'Extramurale dieetadvisering'.

15.1.2 Ergotherapie (193012 en 193013)

Enkelvoudig 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.

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.

15.1.3 Fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081, 193087, 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.

Voor schaduwbudget bepaling kan echter alleen de poliklinische fysiotherapie op verzoek van de eerstelijns worden meegenomen.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
29 van 46

15.1.4 Logopedie (193024 en 193090 t/m 193093)

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

15.1.5 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'.

15.1.6 Eerstelijns psychologie (197900 t/m 197990)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen eerstelijns psychologie zijn te vinden in de beleidsregel 'Eerstelijns psychologische zorg'.

15.1.7 Orthoptie (039813 en 039814)

De tarieven voor 'eerste orthoptisch onderzoek (binoculair)' (039813) en 'voortgezet orthoptische behandeling per bezoek (binoculair)' (039814) kunnen alleen als 'ondersteunend product' gedeclareerd worden wanneer ze niet in het kader van het DBC-zorgproduct van de oogarts plaatsvinden.

15.1.8 Poliklinische bevalling (190043 t/m 190048)

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

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

Aanvullend hierop geldt:

Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190043, 190044)

Een geplande bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.

Poliklinische bevalling op medische indicatie (190045, 190046)

Een geplande bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.

Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190047, 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 16. Overige verrichtingen

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

Tabel 7. Onderverdeling overige verrichtingen

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud	Kenmerk
4. Overige verrichtingen	Bijzondere tandheelkunde	BR/CU-2081
	Hartrevalidatie	Pagina
	Hyperbare zuurstofbehandeling	30 van 46
	Kaakchirurgie	
	Keuringen/rapporten	
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering	
	Reiskosten	
	SCEN-consultatie	
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen	
	Verpleging in thuissituatie	

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

16.1.1 *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'.⁴³

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 ($1,0 \leq \text{fte tandarts} < 2,0$) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

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.

Voor de onderbouwing van het gezamenlijk aangevraagde individuele stoeluurttarief bijzondere tandheelkunde, dient de berekeningssystematiek aangehouden te worden zoals vermeld in de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen'.

16.1.2 *Hartrevalidatie (193121 t/m 193125)*

Conform de richtlijn uitvoeren van enkel- of meervoudige hartrevalidatie van de Nederlandse Hartstichting. Voor elk van de onderstaande onderdelen van het revalidatietraject geldt dat gedeclareerd wordt nadat de patiënt het betreffende onderdeel heeft afgerond.⁴⁴

⁴³ In de beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen' zijn de prestatiecodes 199800, 199801 en 199802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

⁴⁴ Een overige verrichting kan alleen worden gedeclareerd indien er sprake is van een aanvraag vanuit de eerste lijn of een niet DBC-specialisme. In afwijking hierop kunnen deze prestaties ook gedeclareerd worden door de revalidatiegeneeskunde in plaats van een DBC-zorgproduct als er geen passend DBC-zorgproduct voor revalidatiegeneeskunde bestaat. Deze uitzondering geldt niet voor hartrevalidatie uitgevoerd door het specialisme cardiologie.

Intakecontact (193121)

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

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
31 van 46

Informatiemodule (193122)

Informatiemodule voor het enkel- of meervoudige hartrevalidatieprogramma. De module is gebaseerd op een viertal informatiesessies door respectievelijk een cardioloog, een psycholoog, een diëtist en een maatschappelijk werker of verpleegkundige, voor een groep patiënten.

FIT-Module met meer of minder dan tien sessies (193123 / 193124)

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 expliciet te worden vermeld.

PEP-Module (193125)

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 expliciet te worden vermeld.

16.1.3 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.

16.1.4 Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962)

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

16.1.5 Klinisch-genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadvisering (191112 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

16.1.6 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.

16.1.7 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).

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
32 van 46

16.1.8 Informatieverstrekking (119051 en 119052)

Deze prestaties kunnen in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan een bedrijfsarts, verzekeringsarts of het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) binnen het kader van sociaalrechtelijke wetgeving.

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

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

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

16.1.10 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 17. Tariefopbouw en tariefsoorten

17.1 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).

17.2 Tariefsoort

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.⁴⁵
- Het vrije segment, waarbinnen de kostenbedragen vrij onderhandelbaar zijn en voor het honorariumbedrag een maximumtarief geldt.⁴⁶

⁴⁵ Dit segment wordt ook wel het A-segment genoemd.

⁴⁶ Dit segment wordt ook wel het B-segment genoemd.

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

Kenmerk
BR/CU-2081

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

Pagina
33 van 46

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

Deze overige zorgproducten behoren tot het vrije segment.

17.3 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.

17.4 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.

17.5 Schematische weergave prestatie- en tariefsoorten per soort prestatie

Tabel 8. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort kosten*	Tariefsoort honorarium* ⁴⁷
DBC-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum	Maximum
DBC-zorgproduct vrij 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: Stolingsfactoren	Maximum	nvt
Eerstelijnsdiagnostiek	Maximum	Maximum
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum ⁴⁸	Maximum
Overige verrichtingen	Maximum	Maximum

* Indien aanwezig

17.6 Onderlinge dienstverlening

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.

⁴⁷ Deze tariefsoort is ook van toepassing in geval van 'aan declareren'.

⁴⁸ Met uitzondering van fysiotherapie, oefentherapie en extramurale dieetadvisering. Hiervoor geldt een vrij tarief.

Artikel 18. Kostenbedragen DBC-zorgproductenKenmerk
BR/CU-2081Pagina
34 van 46**18.1** Kostprijsberekening

De kostenbedragen van DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment 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 productkostprijs;
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.

18.2 Kostprijzen DBC-zorgproducten

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 voor de kostentarieven voor medisch specialistische zorg 2013 zijn gebaseerd op prijspeil 2009.

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 kostprijzen van de zorgprofielklasse (ZPK) en daarin SubZPK waartoe de zorgactiviteit behoort;
- het hanteren van een frequentie gewogen gemiddelde kostprijs van de ZPK waartoe de zorgactiviteit behoort.

De kostprijzen van de DBC-zorgproducten zijn opgebouwd uit de gewogen gemiddelde kostprijzen van de onderliggende zorgactiviteiten in het gemiddelde DBC-zorgproductprofiel.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
35 van 46

18.3 DBC-zorgproductprofielen

Voor de berekening van de DBC-zorgproductprijzen voor medisch specialistische zorg is gebruik gemaakt van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset en de DIS ronde 21 dataset.

De DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset liggen ten grondslag aan de kostentarieven van DBC-zorgproducten waarvan het kostentarief geïndexeerd is overgenomen uit 2012. Deze 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 revalidatie zorg
- Van de overige instellingen uit het DIS, zoals de zelfstandige behandelcentra, zijn de profielen niet gebruikt voor de productprijsberekening.

18.4 Kostprijzen DBC-zorgproducten categorale sectoren (revalidatie, epilepsie, audiologie, radiotherapie en geriatrie revalidatie)

Voor de categorale sectoren epilepsie, revalidatie, audiologie, radiotherapie en geriatrie 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 geriatrie revalidatiezorg:
29 zorgaanbieders voor geriatrie revalidatiezorg hebben kostprijzen 2010 aangeleverd.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
36 van 46

18.5 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.

18.6 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. 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 9. Aantallen expertproducten

Categorie	Gereguleerd segment	Vrij segment	Toelichting bij tarifiering kostendeel gereguleerd segment
Specifiek: Brandwonden	13	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen van de brandwondencentra
Specifiek: Complex chronisch longfalen	45	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen van de derdelijns long/astma centra
Specifiek: Palliatieve zorg	6	0	De kenniscentra voor palliatieve zorg hebben een expertprofiel gemaakt op basis van richtlijnen.
Specifiek: Transplantatie	73	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen uit de UMC's i.c.m. expert opinion
Specifiek: Stamcel-transplantatie	6	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van expertprofielen opgesteld door wetenschappelijke verenigingen.
Specifiek: Thuisbeademing	6	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van een separaat kostprijsonderzoek.
Specifiek: Cardiothorax	31	0	Zie artikel 18.9
Specifiek: Kindernefrologie	13	0	Voor deze producten is gebruik gemaakt van een separaat kostprijsonderzoek
Specifiek: Neurochirurgie	8	0	Zie artikel 18.9
Specifiek: Kinderoncologie	10	0	Zie artikel 18.8

Specifiek: Kinderneurologie	1	0		Kenmerk BR/CU-2081
Specifiek: Infertiliteit	2	0		
Specifiek: Geriatrische Revalidatiezorg	18	0	Zie artikel 18.4	Pagina 37 van 46
Methode: Donormapping en toewijzing	132	0	Deze methode zoekt andere producten op basis waarvan de productkostprijs berekend kan worden. Er zijn drie varianten: 1) gebruik maken van de identieke sjablonen binnen DOT bij verschillende productgroepen. 2) gebruik maken van de profielen van klinische DBC-zorgproducten om van de 'klinisch zonder dagen' zorgproducten een experttarief te bepalen 3) Overnemen profiel vergelijkbare DBC-zorgproducten.	
Methode: NFU dataset	2	0	Deze methode gebruikt de profielen uit de DOT monitor van de NFU als expertprofiel.	
Methode: Overig	25	596	Voor deze producten is gebruik gemaakt van de beschikbare profielen in DIS ondanks de lage aantallen	
Totaal	287	373		

18.7 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.

18.8 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).

18.9 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.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
38 van 46

18.10 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 kinder nefrologie van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK).

18.11 Kapitaallasten

Aan de kostenbedragen van de tarieven wordt een kapitaallastenpercentage toegepast.

18.11.1 *Medisch specialistische zorg*

Aan de kostenbedragen van de tarieven is het standaard kapitaallastenpercentage toegevoegd. Over de jaren heen is het aandeel kapitaallasten binnen het budget stabiel te weten, 87,5% kostenbedrag en 12,5% kapitaallasten. De NZa streeft voor de toekomst naar een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten. Momenteel is hierover nog onvoldoende informatie beschikbaar. In tabel 10 zijn de gehanteerde percentages weergegeven.

Tabel 10. Overzicht kapitaallastenpercentage

Naam	Index
Kapitaallasten	1,08695652

18.11.2 *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 zorgaanbieders⁴⁹ gefaseerd ingevoerd ingevolge de Beleidsregel Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) bestaande zorgaanbieders. In de DBC-zorgproduct tarieven is de volledige NHC opgenomen. Gezien de vormgeving van het overgangstraject kan over 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.

18.12 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.

⁴⁹ Zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt en die daartoe voor 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor.

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.

Kenmerk
BR/CU-2081

Pagina
39 van 46

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 11. Overzicht prijsindex

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

Uitzonderingen hierop vormen de honorariumbedragen van de overige zorgproducten voor kaakchirurgie en de kostenbedragen van paramedische behandeling en onderzoek. Voor de trendmatige aanpassing van deze bedragen wordt aansluiting gezocht bij de aanpassingen die voor de vrije beroepsbeoefenaren gelden.

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

Indexatie bedragen zorgproducten geriatrie revalidatiezorg

Voor de indexatie van de loon- en materiële kosten is aangesloten bij de werkwijze voor de bedragen voor de medisch specialistische zorg (een gecombineerde index die bestaat uit 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten). Wat betreft de indexatie van de NHC, die is toegerekend aan de lig- en afwezigheidsdagen, geldt dat deze jaarlijks met 2,5% wordt geïndexeerd. De kapitaallasten die toegerekend zijn aan de dagbehandeling en polikliniekbezoeken worden jaarlijks geïndexeerd met de TNO-Gezondheidszorgindex.

Artikel 19. Kostenbedragen overige zorgproductenKenmerk
BR/CU-2081Pagina
40 van 46

Behoudens een aantal uitzonderingen, behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment.⁵⁰

19.1 Kostenbedragen overige zorgproducten

Tenzij anders aangegeven in onderstaande paragrafen, zijn de kostenbedragen van de overige zorgproducten gebaseerd op de kostentarieven 2004 (prijspeil 2003) en worden jaarlijks geïndexeerd.

19.2 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.

Tabel 12. Tariefgroepen add-ons Intensive Care

Groep	Aantal dagen	Aantal instellingen in referentiegroep 2006	Aantal instellingen in referentiegroep 2009
Tariefgroep 1	Minder dan 1000 beademingsdagen	4	9
Tariefgroep 2	Tussen de 1000 en 2000 beademingsdagen	5	9
Tariefgroep 3	Meer dan 1000 beademingsdagen	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 behandeldag, 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-behandelddagen / (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 2006.⁵¹

19.3 Kostenbedragen add-ons MICU transport

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.

⁵⁰ Met uitzondering van de overige zorgproducten 'extramurale dieetadvisering', 'fysiotherapie' en 'oefentherapie'.

⁵¹ CBO-richtlijn Intensive Care 2006, p13 – 17.

19.4 Kostenbedragen add-ons dure en weesgeneesmiddelen**Kenmerk**
BR/CU-2081**Pagina**
41 van 46

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 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.

19.5 Kostenbedragen logopedie

Voor de kostenbedragen logopedie wordt verwezen naar de beleidsregel Logopedie.

19.6 Kostenbedragen prenatale screening

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

19.7 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.

19.8 Kostenbedragen overige verrichtingen van klinische genetica

De kostenbedragen van de overige verrichtingen van klinische genetica zijn gebaseerd op de beleidsregelwaarden (loon- en materiele kosten), vermeerderd met een kapitaallastenopslag.

19.9 Kostenbedragen klinische chemie en medische microbiologie

Op de kostenbedragen van de overige zorgproducten voor klinische chemie en medische microbiologie is een generieke afslag van 7,05% doorgevoerd om te schonen voor de looncomponent voor klinisch chemici. Deze afslag is gelijk aan de verhouding van de totale kosten looncomponent klinische chemie ten opzichte van de totale kosten inclusief de kosten looncomponent klinische chemie.

Artikel 20. Berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten**20.1 Maximumtarief in het vrije segment**

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

20.2 Integrale tarieven

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.

20.3 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.

20.4 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 normtijdentraject.

De berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct is onderstaand schematisch weergegeven. De verschillende berekeningsstappen worden in de volgende artikelen op hoofdlijnen beschreven⁵².



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

⁵² Voor een meer uitvoerige en technische toelichting op de gehanteerde methodiek wordt verwezen naar het document 'Toelichting op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013'.

Artikel 21. Bepaling BKZ bedrag per specialisme (stap 1)**21.1** 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.

21.2 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.

Artikel 22. 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.

Kenmerk
BR/CU-2081
Pagina
44 van 46

Artikel 23. Verdeelsleutels (stap 3)

23.1 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 producten te normeren.

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

23.2 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 24. Berekenen honorariumtarief per zorgproduct (stap 4)

24.1 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 normtijdentraject⁵³.

24.2 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.

⁵³ Voor een complete toelichting op het normtijdentraject, zie het "Verantwoordingsdocument normtijdentraject RZ13a" van DBC-Onderhoud.

24.3 Trendmatige aanpassingKenmerk
BR/CU-2081Pagina
45 van 46*Deel (1)*

$$BKZ(specialisme(X)) = \frac{aantal_fte(specialisme(X))}{totaal_aantal_fte} \times beschikbare_budgettaire_middelen$$

Deel (2)

$$relatieve_verdeelsie_utal(zorgproduct(i)) = \frac{Productie_ (zorgproduct(i)) \times verdeelsie_ utel_ normtijden(zorgproduct(i))}{Totale_ som(productie \times verdeelsie_ utel_ normtijden)}$$

Deel (3)

$$Honorarium\ component\ (zorgproduct(i)) = \frac{BKZ(specialisme(X)) \times relatieve_verdeelsie_ utel(zorgproduct(i))}{aantal_ zorgproduct(f)}$$

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 25. 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.

Artikel 26. Ondersteunende specialismen in het vrije segment

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.

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 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.