



Regeling medisch-specialistische zorg 2026

Versie 2

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_806723_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2026 tot en met 31-12-2026.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Regeling medisch-specialistische zorg 2026

Permalink: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_806723_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Nadere regel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 2

Geldend vanaf: 01-01-2026 tot en met 31-12-2026

Laatste wijziging: 27-11-2025

Overige referentiedatums in het document: 27-11-2025

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_806723_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 27-11-2025

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Eerstelijnsdiagnostiek
- Geriatrische revalidatiezorg
- Medisch-specialistische revalidatiezorg
- Spoedeisende hulp
- Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

Inhoudsopgave

Grondslag.....	6
Algemeen.....	7
Artikel 1. Begripsbepalingen.....	7
Artikel 2. Doel van de regeling.....	11
In deze regeling legt de NZa regels vast die zorgaanbieders, die onder de reikwijdte van deze regeling vallen, in acht moeten nemen bij het registreren en declareren van prestaties en tarieven.....	11
Artikel 3. Reikwijdte.....	11
Hoofdstuk I Zorgtrajecten.....	13
Artikel 4. Algemene registratiebepalingen.....	13
Artikel 5. Openen zorgtraject (met subtraject ZT11).....	13
Artikel 6. Sluiten zorgtraject (met subtraject ZT11 of ZT21).....	15
Artikel 7. Openen zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13).....	15
Artikel 8. Sluiten van een zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13).....	16
Artikel 9. Openen overig zorgtraject (met subtraject ZT41).....	16
Artikel 10. Sluiten overig zorgtraject (met subtraject ZT41).....	16
Artikel 11. Openen ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52).....	16
Artikel 12. Sluiten ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52).....	17
Artikel 13. Openen ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51).....	17
Artikel 14. Sluiten ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51).....	17
Hoofdstuk II Subtrajecten.....	18
Artikel 15. Algemene registratiebepalingen.....	18
Artikel 16. Openen subtraject met ZT11 of ZT21.....	18
Artikel 17. Sluiten klinisch subtraject met ZT11 of ZT21.....	18
Artikel 18. Sluiten niet-klinisch subtraject met ZT11 of ZT21.....	18
Artikel 19. Uitzonderingen op opening- en afsluitregels subtraject met ZT11 of ZT21.....	19
Artikel 20. Sluiten van een icc-subtraject met ZT13.....	26
Artikel 21. Sluiten van subtraject met ZT41.....	26
Artikel 22. Sluiten van ic-subtraject met ZT51 en ZT52.....	27
Hoofdstuk III Zorgactiviteiten.....	28
Artikel 23. Algemene registratiebepalingen.....	28
Artikel 24. Zorgactiviteitomschrijvingen.....	28
Hoofdstuk IV Overige zorgproducten.....	42
Artikel 25. Algemene registratiebepalingen.....	42
Artikel 26. Overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten.....	42
Artikel 27. Overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek.....	46
Artikel 28. Overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek.....	48

Artikel 29. Overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen.....	50
Hoofdstuk V Afleiden.....	56
Artikel 30. Regels afleiden.....	56
Hoofdstuk VI Declareren en betalen.....	57
Artikel 31. Algemene declaratiebepalingen.....	57
Artikel 32. Onderlinge dienstverlening.....	58
Artikel 33. Declaratiebepalingen voor dbc-zorgproducten.....	59
Artikel 34. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten.....	60
Artikel 34a. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten.....	60
Artikel 34b. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek.....	64
Artikel 34c. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek.....	66
Artikel 34d. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen.....	66
Artikel 35. Terugvaloptie.....	69
Hoofdstuk VII Informeren.....	70
Artikel 36. Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten.....	70
Artikel 37. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten.....	71
Artikel 38. Standaardprijslijst.....	74
Artikel 39. Informatieverplichting solisten.....	74
Artikel 40. Intrekking voorgaande regeling(en).....	74
Artikel 41. Overgangsbepaling.....	74
Artikel 42. Inwerkingtreding en citeertitel.....	75
TOELICHTING.....	76
Algemeen.....	76
Artikelsgewijs.....	77
Artikel 1.....	77
Artikel 3.....	77
Artikel 5.....	79
Artikel 7.....	79
Artikel 8.....	80
Artikel 9.....	80
Artikel 15.....	80
Artikel 16.....	80
Artikel 17.....	80
Artikel 19.....	80
Artikel 20.....	82
Artikel 23.....	82

Artikel 24.....	83
Artikel 26.....	84
Artikel 27.....	85
Artikel 28.....	85
Artikel 29.....	85
Artikel 30.....	86
Artikel 31.....	86
Artikel 33.....	87
Artikel 34a.....	87
Artikel 34c.....	88
Artikel 34d.....	88
Artikel 36.....	88
Artikel 37.....	88
Artikel 38.....	89
Artikel 39.....	89
Typeringslijsten per specialisme.....	89
Bijlagen.....	95

Grondslag

Gelet op de artikelen 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), alsmede de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

Algemeen

Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

a. *Add-on*

Een overig zorgproduct (ozp), dat uiteen valt in vier categorieën:

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

b. *AGB-code*

Een unieke code die aan de zorgaanbieder, zorgverlener, praktijk en/of instelling wordt toegekend en waarmee de zorgaanbieder, zorgverlener en de praktijk of instelling kan worden geïdentificeerd. De AGB-code is opgebouwd uit acht posities. De eerste twee posities geven de zorgverlenersoort weer (01 = huisartsen, 03 = medisch specialist et cetera). De overige zes posities zijn een volgnummer.

c. *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.

d. *Dbc-zorgproduct*

Een declarabele prestatie die via de beslisboom is afgeleid uit een subtraject met een combinatie van diagnosetypering, zorgvraagtypering en zorgactiviteiten (diagnose-behandelcombinatie (dbc)).

e. *Dbc-zorgproductcode*

Het unieke nummer van een dbc-zorgproduct dat bestaat uit negen posities. De code is opgebouwd uit een dbc-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke dbc-zorgproduct binnen een dbc-zorgproductgroep (drie posities).

f. *Dbc-zorgproductgroep*

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

g. *Dbc-zorgproductgroepcode*

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

h. *Declaratiedataset*

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

i. *(typerende) Diagnose*

De diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert. De typerende diagnose kan per subtraject verschillen.

j. *Vervallen*

k. Diagnose Combinatie Tabel

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

l. Vervallen

m. Vervallen

n. Facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg

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

o. Gereguleerd segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

p. Grouper

Een applicatie in een beveiligde omgeving die op basis van een aangeleverde declaratiedataset dbc-zorgproducten en add-ons, met uitzondering van add-ongeneesmiddelen, afleidt conform de door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen.

q. Vervallen

r. Hoofddiagnose ICD-10

De ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.

s. ICD-10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnosen waarmee de zorgaanbieder alle ziektebeelden en diagnosen van patiënten eenduidig kan registreren.

t. Instelling

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

u. Integraal tarief

Tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgaanbieder in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie.

v. Kostendrager

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

w. Vervallen

x. Maximumtarief

Bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, dat ten hoogste als tarief voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.

y. Medisch-specialistische zorg

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

z. Onderlinge dienstverlening

Het leveren van een prestatie door twee of meer zorgaanbieders, waarbij de ene zorgaanbieder, zijnde de opdrachtgever, een deel van de prestatie laat uitvoeren door één of meer andere zorgaanbieder(s), zijnde de opdrachtnemer(s).

aa. Ondersteunend specialist

Een specialist die niet als poortspecialist fungeert en die medisch-specialistische zorghandelingen uitvoert in het kader van een zorgtraject van een poortspecialist. Een ondersteunend specialist heeft dus geen eigen zorgtraject.

Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie (0362), nucleaire geneeskunde (0363), klinische chemie (0386), medische microbiologie (0387), pathologie (0388), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel de poortfunctie uitvoeren. Dit geldt voor: een interventie-radioloog (0362), een anesthesist als pijnbestrijder (0389), een klinisch geneticus (0390) en een SEH-arts.

bb. Onverzekerde zorg

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

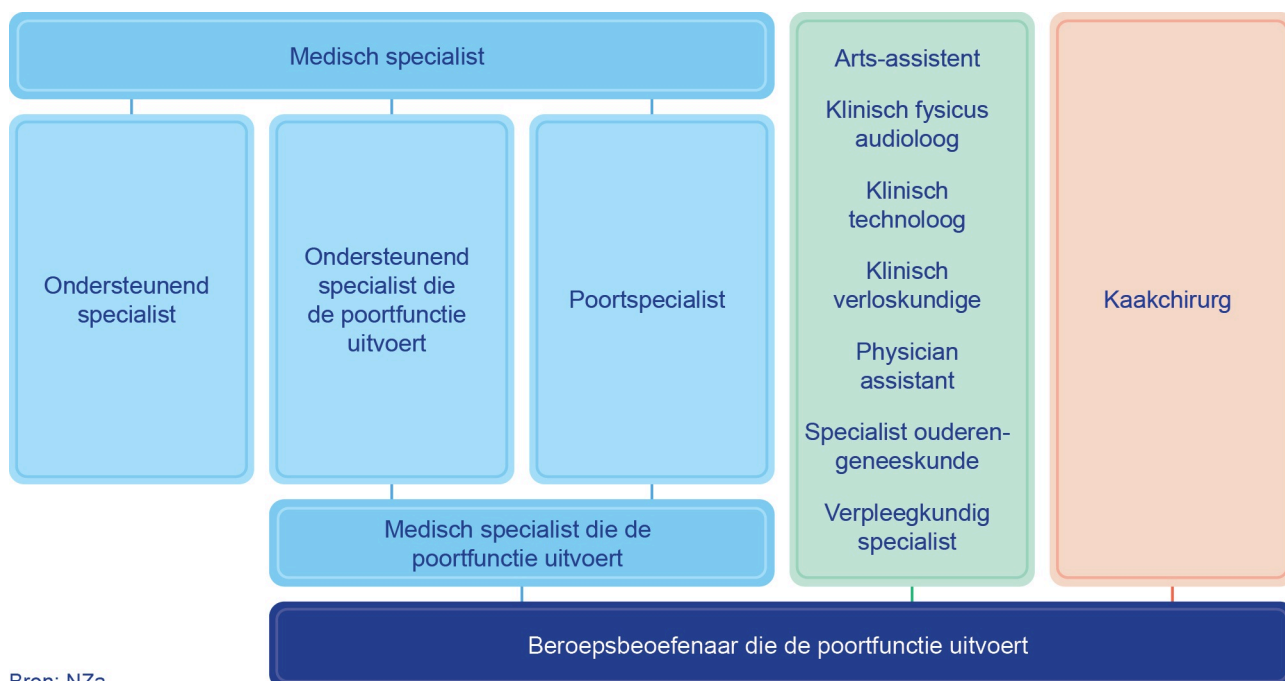
cc. Overig zorgproduct (ozp)

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

dd. Poortfunctie

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

Figuur 1: Overzicht beroepsbeoefenaren



Bron: NZa

ee. Poortspecialist

De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heeldkunde/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), revalidatiegeneeskunde (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde (8416).

ff. Prestatie

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

gg. Solist

Solistisch werkende zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling, beroepsmatig zorg verleent.

hh. Specialist ouderengeneeskunde

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

ii. Subtraject

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

jj. Typeringslijst

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

kk. Uitvalproduct

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

ll. Vervallen

mm. Verzekerde zorg

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

nn. *Vrij segment*

Het geheel van prestaties waarvoor vrije tarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, Wmg, gelden.

oo. *Vrij tarief*

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

pp. *Zorgaanbieder*

- een natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
- een natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld in de eerste bullet.

qq. *Zorgactiviteit*

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

rr. *Zorgproduct*

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

ss. *Zorgprofiel*

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een dbc-zorgproduct.

tt. *Zorgtraject*

Het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele subtrajecten.

uu. *Zorgverlener*

Een natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Artikel 2. Doel van de regeling

In deze regeling legt de NZa regels vast die zorgaanbieders, die onder de reikwijdte van deze regeling vallen, in acht moeten nemen bij het registreren en declareren van prestaties en tarieven.

Artikel 3. Reikwijdte

1. Deze regeling is van toepassing op:

a. zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg leveren, al dan niet in combinatie met paramedische zorg, optometrische zorg of orthoptische zorg. Naast algemene en categorale ziekenhuizen, universitaire medische centra en zelfstandige behandelcentra worden hieronder tevens verstaan:

- instellingen voor medisch-specialistische revalidatiezorg;
- instellingen voor gespecialiseerde long(revalidatie)zorg;
- epilepsie-instellingen;
- trombosediensten;
- klinisch-genetische centra;
- radiotherapeutische centra;
- dialysecentra;
- (huisartsen)laboratoria voor (eerstelijns) diagnostisch onderzoek.

b. zorgaanbieders die zintuiglijk gehandicaptenzorg leveren.

c. zorgaanbieders die geriatrische revalidatiezorg leveren.

2. Onder medisch-specialistische zorg bedoeld in het eerste lid wordt mede verstaan de zorg die door of onder verantwoordelijkheid van kaakchirurgen wordt geleverd.

3. Onder de zorg genoemd in het eerste en tweede lid wordt in het kader van deze regeling zowel verzekerde als onverzekerde zorg begrepen.

4. Deze regeling is niet van toepassing op abortusklinieken.

Hoofdstuk I Zorgtrajecten

Artikel 4. Algemene registratiebepalingen

1. Het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt. Het zorgtraject kan ook starten op de datum van een verstrekking/ toediening van een add-on geneesmiddel of ozp stollingsfactor aan de patiënt.
2. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt diegene zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien de typeringslijst niet beschikbaar of volledig is, voor dat type van zorg.
3. Een dbc-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener. Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan, tenzij in deze regeling is bepaald dat naast het dbc-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add-on, mag worden gedeclareerd. Voor prestaties geldt met ingang van 1 januari 2015 een integraal tarief.
4. De typeringslijst voor neonatologie wordt gehanteerd tot maximaal 28 dagen na de à terme datum (de uiterekende datum) indien de pasgeborene een aandoening krijgt die betrekking heeft op de geboorte of perinatale periode. De typeringslijst voor kindergeneeskunde wordt gehanteerd vanaf 28 dagen na de à terme datum of op het moment dat de pasgeborene een aandoening krijgt die geen betrekking heeft op de geboorte of perinatale periode. Specifiek voor Icterus neonatorum wordt, hoewel dit een aandoening is die betrekking heeft op de perinatale periode, gelijk al gebruik gemaakt van de typeringslijst voor de kindergeneeskunde, inclusief bijbehorende zorgvraagtypering Kind (061).

Artikel 5. Openen zorgtraject (met subtraject ZT11)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt zich meldt met een nieuwe zorgvraag bij een instelling. Voor deze zorgvraag is bij het betreffende specialismen binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
2. Multidisciplinaire behandeling
 - a. Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.
 - b. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een SEH-arts (of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de SEH-functie uitoefent) als een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt één zorgtraject geopend.
 - c. Voor de diagnosetypering 'complexe leeftijdsgerelateerde AYA-zorgvraag bij kanker' wordt één zorgtraject geopend (eventueel parallel aan het zorgtraject voor de oncologische zorgvraag). Hierbij moet sprake zijn van behandeling door een multidisciplinaire AYA-poli, conform SONCOS-normering.
3. Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals beschreven in de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).
 - de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese, de diagnosestelling en het te voeren beleid. Dit blijkt uit het medisch dossier.
4. Parallelle zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme

- a. Voor het openen van een parallel zorgtraject binnen eenzelfde specialisme gelden de eisen zoals beschreven in bovenstaande leden en moet sprake zijn van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag.
- b. Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetypering mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de 'Diagnose Combinatie Tabel' (bijlage bij deze regeling).
- c. Er wordt geen parallel zorgtraject geopend:
- Wanneer de combinatie van beide diagnoses voorkomt in de 'Diagnose Combinatie Tabel' (bijlage bij deze regeling).
 - Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject.
 - Binnen het specialisme cardiologie, behalve bij icc, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.
 - Binnen het specialisme klinische geriatrie, behalve bij icc of medebehandeling.
 - Bij neonatologie binnen het specialisme kindergeneeskunde.
 - Binnen het specialisme geriatrie revalidatiezorg.
 - Bij de diagnoses voor 'ouderengeneeskunde' (090 t/m 095) binnen het specialisme inwendige geneeskunde, behalve bij icc of medebehandeling.
 - Binnen het specialisme gynaecologie voor eenzelfde fase tijdens één zwangerschap (fasen: zwangerschap, bevalling en kraambed), met uitzondering van de fase voor kraambed indien zich - bevalling gerelateerde posttraumatische stressklachten of een postnatale depressie voordoet na postnatale complicaties.
- d. Bij de volgende diagnoses kan een parallel zorgtraject geopend worden:
- Diagnosen die vastgesteld worden tijdens het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS, welke beschreven wordt met de diagnoses 'ATLS-opvang trauma ISS <16' en 'ATLS-opvang multitrauma ISS ≥ 16'. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.
 - Diagnosen die vastgesteld worden naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek 'Screening colorectaal carcinoom'. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden als bij de screening een aandoening geconstateerd wordt waarvoor een behandeltraject start.
- e. Bij stamceltransplantaties wordt voor volwassenen en kinderen zonder SKION-stratificatie voor de searchfase van een stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend. Voor stamceltransplantaties bij kinderen met een SKION-stratificatie wordt voor het gehele stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend.
- f. Bij chronische zorg met thuisbeademing mag een zorgtraject parallel aan de aandoening waarvoor de chronische thuisbeademing wordt gegeven geopend worden.
- g. Bij chronische dialyse mag een zorgtraject parallel aan de aandoening waarvoor de dialyse wordt gegeven geopend worden. Indien een patiënt tijdelijk dialyseert in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt regulier in behandeling is, mogen beide instellingen een eigen zorgtraject openen.
- h. Een orgaantransplantatietraject kan parallel aan het zorgtraject voor de onderliggende aandoening worden geopend. Er wordt een transplantatiezorgtraject geopend wanneer aan de volgende criteria voldaan is:

- de transplantatiespecialist treedt op als behandelaar verantwoordelijk voor deze zorgvraag
- er is sprake van een direct oorzakelijk verband met de transplantatie; en
- de transplantatie gerelateerde zorgvraag doet zich voor tijdens de looptijd van het operatieve fase 2 subtraject of binnen het eerst geopende nazorgtraject van 120 dagen.

i. Voor de begeleiding rond hart-, long- en hartlongtransplantaties wordt door de specialismen cardiologie, longgeneeskunde en kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel) zorg/subtraject geopend.

j. Bij radiotherapie kan een parallel zorgtraject geopend worden bij:

- Combinatiebehandelingen. Voor combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/of hyperthermie wordt per soort behandeling een afzonderlijk (parallel) traject geopend.
- Uitwendige bestraling. Voor uitwendige bestraling geldt dat parallelle zorgtrajecten zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee ISO-centra betekent twee zorgtrajecten.
- Protonentherapie. Bij start protonentherapie.

k. Voor immuun effectorcel therapie wordt alleen voor de onderstaande situaties een parallel zorgtraject geopend:

- a. Bij kinderen met een SKION-stratificatie wordt voor de gehele immuun effectorceltherapie een parallel zorgtraject geopend.
- b. Voor patiënten zonder SKION-stratificatie wordt alleen een parallel zorgtraject geopend voor de screeningsfase. Dit zorgtraject wordt getypeerd met de diagnose behorende bij de onderliggende zorgvraag.

l. Voor de behandeling van wonden in een gespecialiseerd brandwondencentrum wordt een apart zorgtraject geopend.

5. Voor een medebehandeling in het kader van een zorgvraag voor orgaantransplantatie (exclusief hart-/long-/hartlongtransplantatie) wordt geen apart zorgtraject geopend. De zorgactiviteit(en) voor de medebehandeling word(t)(en) geregistreerd in het al openstaande zorgtraject voor de zorgvraag voor orgaantransplantatie.

Artikel 6. Sluiten zorgtraject (met subtraject ZT11 of ZT21)

1. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 wordt afgesloten na een periode van 360 (3 maal 120) dagen na afsluiten van een subtraject indien geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland in de toekomst.

2. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 mag ook worden afgesloten op het moment van overlijden van een patiënt.

3. Voor het poortspecialisme cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten in verband met niet toegestane paralleliteit. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 wordt bij het poortspecialisme cardiologie afgesloten op het moment dat zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject voor cardiologie wordt geopend.

Artikel 7. Openen zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt geopend door de medisch specialist of arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch verloskundige, die de poortfunctie uitvoert, bij

een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt tijdens een periode van verblijf, waarbinnen minimaal één van de volgende zorgactiviteiten is geregistreerd: verpleegdag, klinische zorgdag in de thuissituatie, ic-dag (ook NICU of PICU), verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK, intensieve niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting, langdurige observatie zonder overnachting of dagverpleging.

2. Een specialisme opent per periode van verblijf van een ander specialisme maximaal één icc-zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult.

3. Wanneer na een icc de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling, wordt het zorgtype van het subtraject omgezet van ZT13 naar ZT11. De icc-diagnosecode wordt omgezet naar de diagnosecode die het ZT11 traject het best typeert.

4. Wanneer een specialisme dat de patiënt al onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een icc, dan opent het eerstgenoemde specialisme een icc-zorg/subtraject naast het lopende zorgtraject voor de eigen behandeling. De 'Diagnose Combinatie Tabel' (bijlage bij deze regeling) is niet van toepassing op icc-zorg/subtrajecten.

5. Voor een icc in het kader van een zorgvraag voor orgaantransplantatie (exclusief hart-/long-/hartlongtransplantatie) wordt geen apart icc-zorg/subtraject geopend. De zorgactiviteit(en) voor het intercollegiale consult word(t)(en) geregistreerd in het al openstaande zorgtraject voor de zorgvraag voor orgaantransplantatie.

Artikel 8. Sluiten van een zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)

Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de periode van verblijf van het zorgtraject van de aanvrager wordt beëindigd, of uiterlijk op de 120e dag.

Artikel 9. Openen overig zorgtraject (met subtraject ZT41)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien deze, op verzoek van de eerste lijn of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling voor welke de dbc-systematiek niet geldt (mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie), een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch-specialistische behandeling en diagnostiek levert aan een patiënt.

2. Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 wordt niet los gedeclareerd als op dezelfde dag een zorg/subtraject wordt geopend voor dezelfde zorgvraag. De zorgactiviteit maakt in dat geval deel uit van het zorg/subtraject met ZT11.

Artikel 10. Sluiten overig zorgtraject (met subtraject ZT41)

Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 wordt afgesloten direct na uitvoering van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het overig zorgproduct.

Artikel 11. Openen ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)

1. Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt door de intensivist of andere medisch eindverantwoordelijke geopend bij opname op de ic-afdeling, voor ic intercollegiaal consult buiten de ic en voor vervoer van een patiënt met interklinisch transport of MICU-transport.

2. Een ic-zorg/subtraject ZT51 wordt parallel (in samenhang met) geregistreerd aan een zorg-/subtraject (ZT11 of ZT21) van de verwijzend beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Er wordt geregistreerd vanuit welk zorgtraject naar het ic-zorg/subtraject 51 is verwezen.

3. Een ic-zorg/subtraject 52 wordt geregistreerd indien een patiënt direct op de ic-afdeling terechtkomt, zonder dat er naast het ic-zorgtraject een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 11 of 21 is geregistreerd.
4. Een ic-zorg/subtraject 51 of 52 wordt ook geregistreerd indien een patiënt in het kader van een zwangerschap en/of bevalling op de ic-afdeling terechtkomt en er voor deze patiënt een integraal geboortezorgtraject loopt.
5. Indien na ontslag van de ic-afdeling de behandeling klinisch wordt voortgezet, wordt het subtraject met ZT52 omgezet naar een subtraject met ZT51 dat gekoppeld wordt aan het zorgtraject met ZT11-subtraject. In dit geval wordt een subtraject ZT11 met terugwerkende kracht geopend op de datum waarop de patiënt is opgenomen op de ic-afdeling.
6. Parallele ic-zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.
7. Wanneer de patiënt gedurende een klinische opname meer periodes op de ic verblijft, wordt voor elke ic-opnameperiode een ic-zorg/subtraject 51 geopend (en gesloten).
8. Tijdens de ic-opnameperiode mogen geen verpleegdagen of klinische zorgdagen in de thuissituatie worden geregistreerd. Op één kalenderdag wordt óf een ic-dag óf een verpleegdag óf een klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

Artikel 12. Sluiten ic-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)

1. Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 of 52, met betrekking tot een opname op de ic-afdeling en een ic intercollegiaal consult buiten de ic, wordt afgesloten op het moment dat de patiënt van de ic-afdeling wordt ontslagen of op de dag van uitvoering van het ic intercollegiaal consult.
2. Als het ic-zorg/subtraject ZT51 nog loopt terwijl het bovenliggende subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert wordt afgesloten, wordt het zorg/subtraject ZT51 op hetzelfde moment afgesloten. Gelijktijdig met het openen van een vervolgsbtraject (ZT21) wordt een nieuw ic-zorg/subtraject ZT51 geopend. Als het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 17, 18 en 19, wordt het afgesloten subtraject ZT51 tegelijk met het subtraject (ZT11 of ZT21) van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert naar een grouper gestuurd.

Artikel 13. Openen ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)

Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning bij een lopende zorgvraag kan worden geopend wanneer de ondersteuner zorg levert aan de patiënt en voor deze zorg geen eigen zorgtraject open staat. Het ZT51 subtraject met ondersteunende zorgactiviteiten wordt gekoppeld aan het zorgtraject van die lopende zorgvraag.

Artikel 14. Sluiten ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)

Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning bij een lopende zorgvraag wordt afgesloten wanneer het ZT11 of ZT21 subtraject van die lopende zorgvraag wordt afgesloten. Het afgesloten subtraject ZT51 wordt tegelijk met het ZT11 of ZT21 subtraject naar een grouper gestuurd.

Hoofdstuk II Subtrajecten

Artikel 15. Algemene registratiebepalingen

De instelling is samen met de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD-10-code van de hoofddiagnose. De ICD-10-code wordt geregistreerd per subtraject.

Artikel 16. Openen subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een subtraject met een ZT11 wordt geopend bij het openen van een zorgtraject als omschreven in hoofdstuk I van deze regeling.
2. Een subtraject met een ZT21 wordt aansluitend geopend als in het kader van de zorgvraag van een reguliere behandeling of controletraject binnen 120 dagen na het afsluiten van een voorgaand subtraject met ZT11 of ZT21 een zorgactiviteit wordt geregistreerd.
3. Op het moment dat na één of twee periodes van 120 dagen waarin geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd een zorgactiviteit wordt geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject, wordt een subtraject met ZT21 geopend op de 121e respectievelijk 241e dag na afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21.

Artikel 17. Sluiten klinisch subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een klinisch subtraject met een ZT11 of Z1 (initiële of vervolgbehandeling) wordt gesloten op de 42e dag na ontslagdatum.
2. Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her)opname plaatsvindt voor dezelfde zorgvraag, dan wordt afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.
3. Wanneer binnen deze 42-dagen periode nog een dagverpleging (1 of meer) of operatieve ingreep (1 of meer) plaatsvindt voor dezelfde zorgvraag, dan wordt het subtraject toch afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinisch opname.
4. Indien een subtraject na 120 dagen na opening nog niet gesloten is, wordt het op de 120e dag gesloten. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

Artikel 18. Sluiten niet-klinisch subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen, met ZT11 of ZT21 wordt gesloten op de 42e dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.
2. Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat dan wordt het subtraject afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste ingreep.
3. Een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling wordt als volgt afgesloten:
 - a. met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject;
 - b. met ZT21: op de 120e dag na de opening van het subtraject.
4. Indien het subtraject na 120 dagen nog open staat, wordt het op de 120e dag gesloten. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

Artikel 19. Uitzonderingen op opening- en afsluitregels subtraject met ZT11 of ZT21

Van de in artikel 17 en 18 vermelde algemene afsluitregels wordt uitsluitend afgeweken indien zich één of meer van de in dit artikel opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitregel. De uitzonderingen zien niet op de maximale looptijd van 120 dagen van een subtraject.

1. Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandelingen (1.0000.1)

a. Voor kinderoncologische behandelingen in een centrum voor kindergeneeskunde oncologische behandeling met SKION-stratificatie gelden andere sluitingsregels (zie 1.0000.11).

b. Medicinale oncologische behandelingen binnen initiële (ZT11) subtrajecten; Wanneer binnen een initieel (ZT11) subtraject besloten wordt tot een medicinale oncologische behandeling, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de datum van de toediening per infuus of injectie of de begeleiding bij andere toedieningsvormen van oncologische medicatie. Aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend en gaan de regels voor medicinale oncologische behandelingen binnen vervolg (ZT21) subtrajecten gelden

c. Medicinale oncologische behandelingen binnen vervolg (ZT21) subtrajecten of binnen initiële (ZT11) subtrajecten (indien de uitvoerdatum van de eerste medicinale oncologische behandeling gelijk is aan de startdatum van het subtraject);

- Bij acute leukemie: bij een medicinale oncologische behandeling van acute leukemie wordt het ZT21 subtraject (of ZT11 subtraject indien de uitvoerdatum van de eerste medicinale oncologische behandeling gelijk is aan de startdatum van het subtraject) gesloten op de 30ste dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de medicinale oncologische behandeling indien er tijdens de eerste 30 dagen van het subtraject geen medicinale oncologische behandeling heeft plaatsgevonden.
- Bij overige oncologische diagnosen:
Verstrekking per infuus of injectie
Een klinisch vervolg subtraject ZT21 met een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie (of een klinisch subtraject met ZT11 indien de uitvoerdatum van de eerste medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie gelijk is aan de startdatum van het subtraject) wordt bij elke nieuwe toediening per infuus of per injectie afgesloten. Dit betekent dat een subtraject afgesloten wordt bij:
 - een nieuwe toediening per infuus of injectie tijdens dezelfde klinische opname;
 - een nieuwe toediening per infuus of injectie tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag uit de voorgaande opname;
 - een nieuwe toediening in een niet-klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit kliniek.Het subtraject wordt in deze situaties één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend.
Een niet-klinisch subtraject ZT21 met een medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie (of een niet-klinisch ZT11 subtraject indien de uitvoerdatum van de eerste medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie gelijk is aan de startdatum van het subtraject) wordt 42 dagen na toediening per infuus of injectie afgesloten, tenzij er een nieuwe toediening per infuus of injectie binnen 42 dagen plaatsvindt, ongeacht of dit klinisch of niet klinisch gebeurt. Het subtraject wordt in die situatie één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en er wordt aansluitend een nieuw subtraject geopend.

Begeleiding bij andere toedieningsvormen

Voor begeleiding bij andere toedieningsvormen van oncologische medicatie tijdens een klinisch subtraject gelden de algemene regels voor het afsluiten van klinische subtrajecten. Alleen bij overgang naar een ander soort medicinale oncologische behandeling of naar een toediening per infuus of injectie wordt het subtraject met ZT21 (of ZT11 indien de uitvoerdatum van de eerste

begeleiding bij andere toedieningsvormen van oncologische medicatie gelijk is aan de startdatum van het subtraject) een dag voor de start van een ander soort medicinale oncologische behandeling of de toediening per infuus of injectie gesloten en aansluitend een volgend subtraject geopend. Het subtraject afsluiten op de 42e dag na ontslagdatum tenzij:

- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling tijdens dezelfde klinische opname;
- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;
- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling in een niet-klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit de kliniek;
- een toediening per infuus of injectie tijdens dezelfde klinische opname;
- een toediening per infuus of injectie tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;
- een toediening per infuus of injectie in een niet-klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit de kliniek.
Een niet-klinisch subtraject ZT21 met begeleiding bij andere toedieningsvormen van oncologische behandeling (of een niet-klinisch ZT11 subtraject indien de uitvoerdatum van de eerste begeleiding bij andere toedieningsvormen van oncologische medicatie gelijk is aan de startdatum van het subtraject) wordt 42 dagen na de uitvoerdatum van de eerste begeleidingszorgactiviteit afgesloten. Alleen bij overgang naar een ander soort medicinale oncologische behandeling of naar een toediening per infuus of injectie wordt het subtraject één dag voor de start van een ander soort medicinale oncologische behandeling of de toediening per infuus of injectie gesloten en aansluitend een nieuw subtraject geopend. Het subtraject afsluiten 42 dagen na de uitvoerdatum, tenzij:
- een overgang naar een ander soort medicinale oncologische behandeling binnen 42 dagen na de uitvoerdatum;
- een overgang naar een toediening per infuus of injectie binnen 42 dagen na de uitvoerdatum.

2. Chronische zorg met thuisbeademing (1.0000.2)

Bij chronische zorg met thuisbeademing wordt het subtraject gesloten op de 30ste dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor chronische zorg met thuisbeademing indien er tijdens de eerste 30 dagen van het subtraject geen zorgactiviteit voor chronische zorg met thuisbeademing is geregistreerd. De voorbereidingsfase wordt afgesloten op de dag voor de start van de chronische thuisbeademing tenzij deze niet leidt tot chronische thuisbeademing. In het laatste geval gelden de algemene regels voor afsluiting als vermeld in artikel 17 en 18.

3. Dialyse (1.0000.3)

Bij acute nierinsufficiëntie met dialyse wordt het subtraject afgesloten op de zevende dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor acute dialyse (039977, 039978) of CAPD/CCPD (192061, 192063), indien er tijdens de eerste zeven dagen van het subtraject geen zorgactiviteit voor acute dialyse of CAPD/CCPD is geregistreerd.

Bij chronische zorg met dialyse wordt het subtraject afgesloten op de zevende dag na opening van het subtraject of op de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor chronische dialyse (192048, 192051, 192053, 192055, 192058, 192061, 192063) indien er tijdens de eerste zeven dagen van het subtraject geen zorgactiviteit voor chronische dialyse is geregistreerd.

4. Gynaecologie intra-uteriene ingrepen (1.0307.2)

Bij intra-uteriene ingrepen (diagnosen Z24, Z25, Z27 en Z28) wordt het subtraject afgesloten één dag voor de andere intra-uteriene ingreep, of conform de algemene regel als vermeld in artikel 17 en 18 indien de andere ingreep later dan dit moment start.

5. Neonatologie (1.0316.1)

Een subtraject neonatologie wordt afgesloten op de ontslagdatum.

6. Kindergeneeskunde en kinderneurologie oncologische behandeling in SKIONcentrum (1.0000.11)
De looptijd van kideroncologische subtrajecten in een centrum met SKION-stratificatie is altijd 120 dagen.

7. Cardiologie (1.0320.3)

Voor het specialisme cardiologie worden subtrajecten met ZT11 en ZT21 als volgt afgesloten:

a. Bij een klinische opname of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- op datum van klinisch ontslag of dagverpleging (ZPK2) behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of elektrocardioversie;
- wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane parallelliteit).

b. Bij een poliklinisch subtraject (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- Subtraject met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject; tenzij zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane parallelliteit). In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten.
- Subtraject met ZT21: op de 120e dag na de opening van het subtraject; tenzij zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane parallelliteit). In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten.

c. Bij hartrevalidatie (diagnose 821) wordt het subtraject op de 120e dag na de opening van het subtraject afgesloten.

d. Op de dag voorafgaand aan het implanteren van (een deel van) een transvenieuze lead of een intracardiale pacemaker na een complexe transvenieuze leadextractie of complexe transvenieuze verwijdering van een intracardiale pacemaker.

8. Exacerbatie van COPD (1.0322.1)

Wanneer bij exacerbatie van COPD een heropname plaatsvindt binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname, wordt het subtraject longgeneeskunde afgesloten en een nieuw subtraject geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe klinische opname. Indien de heropname plaatsvindt na de 42e dag na ontslag, gelden de algemene regels.

9. Reumatologie (1.0324.1)

Indien bij een vervolgbehandeling reumatologie (ZT21) de behandelsetting wijzigt, wordt het subtraject reumatologie afgesloten en mag de volgende dag een nieuw subtraject worden geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de behandeling in de nieuwe setting of conform de algemene regel (genoemd in de artikelen 17 en 18), indien de behandeling in nieuwe setting later dan dit moment start. Echter, indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd gelden de algemene regels. Voorbeelden in tempi: het meerdere malen toedienen van Remicade of APD- of andere bisfosfonaat infusen.

10. Revalidatiegeneeskunde (1.0327.3)

Voor revalidatiegeneeskunde (niet zijnde geriatrie revalidatiezorg) geldt dat subtrajecten worden afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste revalidatiegeneeskundige zorgactiviteit of zorgactiviteit met zorgprofielklasse 1, 2, 3, 19 of 79 heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaats vindt gaat de termijn van 42-dagen opnieuw lopen en wordt deze afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste verrichting.

11. Geriatrie revalidatiezorg (1.8418.1)

Voor de geriatrie revalidatiezorg (grz) geldt dat de subtrajecten worden afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste geriatrie revalidatiezorg zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaatsvindt, gaat de termijn van 42 dagen opnieuw lopen en wordt deze afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste verrichting.

Als sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend grz zorgtraject dan wordt (vanwege niet toegestane paralleliteit) het lopende zorg- en subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag (handmatig) afgesloten (afsluitreden 75). Het moment van afsluiten van het lopende zorg- en subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag is de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor de nieuwe zorgvraag.

12. Klinische geriatrie/inwendige geneeskunde (vakgebied ouderengeneeskunde) bij CGA (1.0000.8)
Indien er bij de behandeling klinische geriatrie of inwendige geneeskunde (vakgebied ouderengeneeskunde) een verergering van het probleem ontstaat waarvoor opnieuw een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) noodzakelijk is, wordt het subtraject afgesloten. Vervolgens wordt aansluitend een nieuw subtraject geopend. Het moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe behandeling of conform de algemene regel indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start.

13. Radiotherapie (2.0361.1)

Van de algemene afsluitregels wordt afgeweken indien (zowel) een behandeling van metastaseringen of recidief wordt gestart, als er een subtraject van radiotherapie open staat. In dat geval is het moment van afsluiten van het openstaande subtraject één dag voor de start van de nieuwe behandeling, of conform de algemene regel (zie artikel 17 en 18) indien de behandeling later dan dit moment start. Een behandeling bevat alle bestralingen die onderdeel uitmaken van het behandelplan.

14. Klinische genetica (1.0390.1)

Op de 90e dag na opening wordt het subtraject afgesloten als minimaal één zorgactiviteit voor erfelijkheidsonderzoek/advisering geregistreerd is: 191111, 191136, 191137, 191138. Als geen van deze zorgactiviteiten geregistreerd is, dan blijft het subtraject maximaal 120 dagen open. In dit laatste geval wordt het traject afgesloten op de dag van uitvoering van deze zorgactiviteit.

15. Complex chronische longaandoeningen (1.0000.9)

Een subtraject voor complex chronische longaandoeningen (CCL) heeft een vaste looptijd van 120 dagen. Als uitzondering hierop geldt:

- a. Het subtraject voor intake en assessment, waarbij sprake is van een Klinische overname (193298), wordt afgesloten op de 14e dag na opening van het subtraject.
- b. Het subtraject voor intake en assessment, waarbij geen sprake is van een klinische overname, wordt afgesloten op de dag voor de start van de behandeling (zorgactiviteiten 193200 t/m 193251 en 193293). Wanneer de behandeling niet binnen 120 dagen start, dan geldt de vaste looptijd van 120 dagen.
- c. Wanneer een zorgactiviteit Herstart na afgebroken behandeling (193299) wordt geregistreerd, dan sluit het subtraject af op de dag voor de datum waarop deze zorgactiviteit is geregistreerd.

16. Incongruentie gender (1.0000.10)

Voor het conservatieve deel van genderzorg wordt een apart (bij gynaecologie zo nodig parallel aan een operatief behandeltraject) zorgtraject geopend.

De conservatieve behandeling bestaat uit vier fasen:

- Fase 1: het screeningstraject
- Fase 2: de diagnostiek genderidentiteitsstoornis
- Fase 3: de real-life fase
- Fase 4: vervolg

a. Binnen een subtraject voor fase 1 wordt bij het eerste face-to-face contact met de poortspecialist de zorgactiviteit 036872 'Intake bij incongruentie van genderidentiteit' geregistreerd en bij het eerste contact met de medische psychologie de zorgactiviteit 194152 'Intake - medische psychologie'.

b. Een subtraject voor fase 1 heeft een looptijd van 120 dagen, tenzij binnen 120 dagen de diagnostiek genderidentiteitsstoornis start. In dat geval wordt het subtraject afgesloten één dag voor de registratie van de zorgactiviteit 036870 'Tentatieve diagnostische fase genderincongruentie'.

c. Een subtraject voor fase 2 heeft een looptijd van 120 dagen tenzij binnen 120 dagen, de real-life fase start (fase 3). In dat geval wordt het subtraject afgesloten één dag voor de registratie van de zorgactiviteit 036874 'Real-life fase bij incongruentie van genderidentiteit'.

d. Zorgactiviteit 036874 'Real-life fase bij incongruentie van genderidentiteit' wordt zolang de real-life fase loopt minimaal één keer per subtraject geregistreerd.

e. Subtrajecten voor fase 3 en fase 4 hebben een looptijd van 120 dagen.

17. Bij de hierna volgende in tempi behandelingen van diverse specialismen wordt het subtraject na één van de beschreven in tempi behandelingen afgesloten wanneer de volgende in tempi behandeling van start gaat. Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende deelbehandeling start. Wanneer de volgende deelbehandeling later start dan het algemeen geldende sluitmoment zoals omschreven in artikel 17 en 18, dan geldt deze algemene regel, tenzij in onderstaande onderdelen anders wordt vermeld.

a. Stamceltransplantatie (2.0000.1)

De volgende drie fasen worden bij stamceltransplantatie onderscheiden:

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

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

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

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

b. Orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie) (2.0000.4)

Ontvangers

1. Voor orgaantransplantatietrajecten voor ontvangers wordt door één specialisme een (eventueel parallel aan het zorgtraject voor de onderliggende aandoening) zorgtraject geopend.

2. De volgende fasen worden bij transplantatietrajecten onderscheiden:

- Fase 1: pretransplantatie fase/screening ontvangers; deze fase breekt aan bij het beantwoorden van de vraag of de ontvanger in aanmerking komt voor transplantatie;
 - De initiële screening vindt plaats in een transplantatiecentrum of in een niet-transplantatiecentrum;
 - De follow-up screening en besluitvorming vindt plaats in een transplantatiecentrum.
 - Screening van kinderen vindt plaats in een transplantatiecentrum.
- Fase 2: transplantatiefase ontvangers; de transplantatiefase vindt plaats in een transplantatiecentrum.
- Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg ontvangers; deze fase breekt aan;
 - Voor het transplantatiecentrum; op de dag dat het eerste polikliniekbezoek plaatsvindt in het transplantatiecentrum in het kader van de nazorg na het klinisch ontslag van de ontvanger na de transplantatie.

- Voor het niet-transplantatiecentrum; na de transplantatie na overdracht van de patiënt voor de reguliere zorg door het transplantatiecentrum.

3. Een subtraject in een fase wordt op de 120e dag na opening van het subtraject afgesloten tenzij eerder een andere fase aanbreekt. In dat geval wordt het subtraject gesloten één dag voor de dag van de andere fase.

4. Ook bij het opnieuw starten van fase 1, fase 2 of fase 3 wordt het voorafgaande transplantatie subtraject afgesloten één dag voor de dag dat fase 1, fase 2 of fase 3 start.

Donoren

5. Voor donor transplantatietrajecten wordt door één specialisme een zorgtraject geopend.

6. De volgende drie fasen worden bij transplantatietrajecten onderscheiden:

- Fase 1: pretransplantatie fase/screening donoren; deze fase breekt aan bij het beantwoorden van de vraag of de donor in aanmerking komt voor transplantatie;
 - De initiële screening voorbereidend onderzoek vindt plaats in een transplantatiecentrum of in een niet-transplantatiecentrum.
 - De initiële screening en besluitvormend onderzoek vindt plaats in een transplantatiecentrum.
- Fase 2: transplantatiefase donoren; de transplantatiefase vindt plaats in een transplantatiecentrum.
- Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg donoren.

7. Een subtraject in een fase wordt op de 120e dag na opening van het subtraject afgesloten tenzij eerder een andere fase aanbreekt. In dat geval wordt het subtraject gesloten één dag voor de dag van de andere fase.

c. Hart-, long- en hartlongtransplantatiezorg snijdende specialismen (2.0000.6)

Wanneer een hart-, long- of hartlong hertransplantatie eerder uitgevoerd wordt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt (dus op het in artikel 19 lid 17 genoemde moment).

d. Begeleiding hart-, long- en hartlongtransplantatiezorg door beschouwende specialismen (2.0000.5).
Voor de begeleiding rond hart-, long- en hartlongtransplantaties worden drie fasen van behandeling onderscheiden:

- Fase 1: pretransplantatie fase/screening ontvangers.
- Fase 2: transplantatiefase ontvangers.
- Fase 3: posttransplantatie fase/nazorg ontvangers.

Na iedere fase van behandeling die wordt gevolgd door een nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1 of fase 2, wordt het voorafgaande transplantatie begeleidings subtraject afgesloten op het in artikel 19 lid 17 genoemde moment. Een subtraject in fase 3 wordt op de 120e dag na opening van het nazorgtraject afgesloten tenzij hertransplantatie (een nieuwe fase 1 en/of fase 2) plaatsvindt. In dat geval wordt het subtraject van fase 3 afgesloten één dag voor de dag dat fase 1 of fase 2 start.

e. Oogheelkunde (2.0301.1)

Bij behandeling met intravitreale injecties (diagnose 503, 603, 609, 652, 655, 657, 659, 704, 705, 707, 709, 754, 755, 757 en 759) wordt per intravitreale injectie een subtraject geopend. Wanneer de behandeling met intravitreale injecties eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende intravitreale injectie plaatsvindt.

f. Oogheelkunde (2.0301.2)

Bij behandeling van (sub)retinale pathologie (diagnose 659 en 704) met fotodynamische therapie wordt per fotodynamische therapie een subtraject geopend. Wanneer de fotodynamische therapie bij (sub)retinale pathologie eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fotodynamische therapie plaatsvindt.

g. Oogheelkunde (2.0301.3)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van strabismus (diagnosecodes 204, 205, 209) eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende strabismus operatie plaatsvindt.

h. Oogheelkunde (2.0301.4)

Wanneer de operatieve tempi behandeling van retinadefect/-loslating (diagnosecode 654) eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende operatieve behandeling van het retina defect/retinaloslating plaatsvindt.

i. Oogheelkunde (2.0301.5)

Bij behandeling van een cataract (diagnose 554) wordt per cataractoperatie een subtraject geopend. Wanneer de tweede cataractoperatie eerder start dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment, wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat deze tweede cataractoperatie plaatsvindt.

j. Plastische chirurgie (2.0304.1)

Bij mamma-reconstructie vindt afsluiting van het subtraject na iedere operatieve tempi behandeling plaats op het in lid 17 genoemde moment.

k. Plastische chirurgie (2.0304.2)

Bij meer transplantatiesessies bij de behandeling van uitgebreide (brand)wonden wordt na iedere transplantatiesessie het subtraject afgesloten op het in lid 17 genoemde moment.

l. Urologie (2.0306.1)

Bij niet-klinische ESWL-behandeling van urinewegstenen worden subtrajecten in de volgende situaties eerder dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven moment afgesloten:

- Wanneer de niet-klinische ESWL-behandeling binnen hetzelfde subtraject wordt voorafgegaan door een klinische opname of operatie voor urinewegstenen. Het subtraject wordt dan afgesloten op de dag voor de niet-klinische ESWL-behandeling.
- Wanneer de niet-klinische ESWL-behandeling binnen hetzelfde subtraject wordt gevolgd door een tweede niet-klinische ESWL-behandeling, een klinische opname of operatie voor urinewegstenen. Het subtraject wordt dan afgesloten op de dag voor de tweede niet-klinische ESWL-behandeling, klinische opname of operatie voor urinewegstenen.

m. Gynaecologie (2.0307.1)

De subtrajecten bij diagnose F21 'gespecialiseerde technieken' voor stimulatie respectievelijk de IUI/IVF/ICSI-technieken en ovulatie-inductie met gonadotrofines worden per cyclus geopend en gesloten. Indien de behandeling in meer ziekenhuizen (transport-IVF/ICSI) plaatsvindt opent ieder ziekenhuis de (deel)behandeling die daar wordt uitgevoerd. Het subtraject wordt gesloten op de 42e dag na de start van de behandelcyclus, tenzij binnen 42 dagen een nieuwe behandelcyclus start. Het subtraject wordt dan op de uitvoerdatum van de laatste zorgactiviteit van de eerdere behandelcyclus gesloten en aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend.

n. Kindergeneeskunde en kinderneurologie niet-klinische chronische verstrekking geneesmiddel (2.0000.7)

Voor de niet-klinische chronische verstrekking van geneesmiddelen per infuus of per injectie (op niet-oncologische medische indicatie), wordt per drie verstrekkingen een subtraject geopend. Wanneer de vierde verstrekking eerder plaatsvindt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde verstrekking per infuus of injectie plaatsvindt (dus op het in lid 17 genoemde moment).

o. Kindergeneeskunde (2.0316.2)

Voor de niet-klinische behandeling met bloedtransfusies op niet oncologische indicatie wordt per drie bloedtransfusies een subtraject geopend. Wanneer de vierde bloedtransfusie eerder plaatsvindt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de vierde bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in lid 17 genoemde moment).

p. Kindergeneeskunde en kinderneurologie niet-klinische bloedtransfusies op oncologische indicatie (2.0000.8)

Voor de niet-klinische behandeling met bloedtransfusies op oncologische indicatie in centra zonder SKION-stratificatie, wordt per bloedtransfusie een subtraject geopend. Wanneer de volgende bloedtransfusie eerder plaatsvindt dan het in artikel 17 en 18 voorgeschreven afsluitmoment dan wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de volgende bloedtransfusie gegeven wordt (dus op het in lid 17 genoemde moment).

q. Vervallen

r. Immuun effectorcel therapie (2.0000.10)

De volgende fasen worden bij immuun effectorcel therapie onderscheiden:

- Fase 1: screening
- Fase 2: aferese
- Fase 3: infusie cellen, inclusief conditionering
- Fase 4: nazorg (post-infusie)

a. Een subtraject voor fase 1, fase 2, fase 3 of fase 4 wordt afgesloten op de 120e dag na opening van het subtraject. Als uitzondering hierop geldt:

- Wanneer eerder een volgende fase aanbreekt sluit het subtraject op de dag voor de start van de volgende fase;
- Wanneer bij patiënten zonder SKION-stratificatie een (medicinale) oncologische behandeling ter overbrugging start sluit het subtraject op de dag voor de start van het overbruggingstraject (voor uitvoerdatum zorgactiviteit 191018 Start overbruggende behandeling t.b.v. immuun effectorcel therapie);
- Wanneer immuun effectorcel therapie voortijdig eindigt sluit het subtraject op de dag van het beëindigen van de therapie (op uitvoerdatum zorgactiviteit 191017 Voortijdige beëindiging immuun effectorcel therapie).

b. Een subtraject wordt afgesloten op de dag voor de start van fase 2 (voor uitvoerdatum zorgactiviteit 191013 Aferese t.b.v. immuun effectorcel therapie).

c. Een subtraject wordt afgesloten op de dag voor de start van fase 3 (voor uitvoerdatum zorgactiviteit 191016 Start conditionering voor immuun effectorcel therapie).

Artikel 20. Sluiten van een icc-subtraject met ZT13

Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de periode van verblijf van het zorgtraject van de aanvrager wordt beëindigd, of uiterlijk op de 120e dag.

Artikel 21. Sluiten van subtraject met ZT41

Een subtraject met ZT41 (bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialisme op verzoek van de eerste lijn of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt) wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.

Artikel 22. Sluiten van ic-subtraject met ZT51 en ZT52

Een subtraject met ZT51 en 52, met betrekking tot de opname op een ic-afdeling, wordt afgesloten wanneer het bijbehorende ic-zorgtraject wordt afgesloten. Een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning bij de lopende zorgvraag, wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten.

Hoofdstuk III Zorgactiviteiten

Artikel 23. Algemene registratiebepalingen

1. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatievereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is hij/zij ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.
2. De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde enkelzijdig omschreven zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities zoals omschreven in deze regeling zijn hierbij leidend.
3. De zorgactiviteit wordt vastgelegd op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (NR artikel 1 sub dd). Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten.
4. Zorgactiviteiten zijn vorm- en locatieonafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitsomschrijving anders vermeld staat.
5. Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één zorgactiviteit, wordt deze zorgactiviteit door één betrokken beroepsbeoefenaar gebruikt voor de afleiding van een dbc-zorgproduct.
6. Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
7. Wanneer dubbelzijdige aandoeningen aan beide zijden operatief behandeld worden en hiervoor een parallel zorgtraject wordt geopend, dan worden vanaf het moment dat één van de operatieve subtrajecten is afgesloten alle erop volgende zorgactiviteiten binnen één zorgtraject geregistreerd.
8. Zorgactiviteiten die (binnen) 120 dagen na de ingangsdatum van deze regeling worden beëindigd, mogen alleen geregistreerd worden in overlopende subtrajecten (subtrajecten gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t).
9. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Een klinische overdracht van de patiënt aan een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert van een ander medisch specialisme. Wanneer dit expliciet uit het medisch dossier blijkt, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject.
- van de overnemende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Kinderen met een SKION-stratificatie die een allogene stamceltransplantatie of immuun effectorcel therapie ondergaan en voorafgaand aan de transplantatie- of infusiefase al klinisch opgenomen zijn. De verpleegdagen worden dan vanaf de start van de conditionering aan het zorgtraject voor de stamceltransplantatie of immuun effectorcel therapie gekoppeld.

Artikel 24. Zorgactiviteitsomschrijvingen

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

1. *Polikliniekbezoek* (190007, 190008, 190013 en 190060)

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

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog of klinisch verloskundige en;

- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis', waarbij de locatie (polikliniekbezoek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis, thuissituatie) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen wordt.

De volgende zorgactiviteiten worden niet aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;
- consult of spreekuur met patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);

Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur en de inhoud. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. Als er meerdere zorgvragen worden besproken tijdens één polikliniekbezoek door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, wordt slechts één polikliniekbezoek vastgelegd. Als meerdere zorgvragen worden besproken tijdens één polikliniekbezoek door meerdere beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van verschillende medisch specialismen, is het toegestaan dat elke beroepsbeoefenaar een eigen polikliniekbezoek registreert.

Een polikliniekbezoek wordt niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

2. Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog of klinisch verloskundige consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Een zorgtraject bevat maximaal één eerste polikliniekbezoek, tenzij tijdens een lopend zorgtraject een nieuwe (separate) zorgvraag besproken wordt, waarvoor – op grond van andere (registratie)bepalingen uit deze regeling – het openen van een parallel zorgtraject niet mogelijk of toegestaan is. In dat geval kan een zorgtraject meerdere eerste polikliniekbezoeken bevatten.

3. Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt niet voor de eerste keer voor dezelfde zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog of klinisch verloskundige consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Een herhaal-polikliniekbezoek wordt in hetzelfde zorgtraject geregistreerd als waarin het eerste polikliniekbezoek heeft plaatsgevonden, tenzij dit – op grond van andere (registratie)bepalingen uit deze regeling - niet mogelijk is.

4. Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician

assistent, klinisch technoloog of klinisch verloskundige consulteert middels een videoverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

5. Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog en klinisch verloskundige consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

6. Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog of klinisch verloskundige schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

7. Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)

Een herhaalconsult waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert de patiënt eerder heeft gezien tijdens een polikliniekbezoek. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) van de patiënt te behandelen. Dit consult kan op afstand plaatsvinden en een regulier herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger vervangen. Bij een consult op afstand wordt zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldaan aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

8. Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn (gezamenlijk medisch consult) (190040)

Dit gezamenlijk consult wordt gehouden in plaats van een regulier consult tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Deze activiteit wordt niet naast een polikliniekbezoek of consult op afstand vastgelegd.

9. Consult samen beslissen (190098)

Een consult 'samen beslissen' tussen een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt of diens vertegenwoordiger. Bij 'samen beslissen' worden in een gezamenlijk proces beslissingen genomen over behandelopties. In dit proces informeert de zorgverlener over de verschillende behandelopties en worden gezamenlijk de voorkeuren van de patiënt besproken. Deze kennis en voorkeuren worden geïntegreerd om gezamenlijk tot een besluit te komen. Dit blijkt uit de verslaglegging in het medisch dossier van de patiënt. Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in plaats van ieder polikliniekbezoek, screen-to-screen consult of belconsult in het kader van het samen beslissen proces. Hierbij gaat het specifiek

om consulten waarvoor anders één van de volgende zorgactiviteiten geregistreerd kon worden: 190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190162, 190164, 190165 of 190166.

10. Consultatie van familie, naasten, huisarts of verwijzer van de patiënt t.b.v. consultatieve psychiatrie (190024)

Deze consultatie:

- wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert binnen de consultatieve psychiatrie;
- vindt plaats op verzoek van een ander specialisme dan de consultatieve psychiatrie;
- vindt face-to-face, screen-to-screen of door middel van een belverbinding plaats;
- indien uitgevoerd op afstand, dient zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het face-to-face consult.

11. Hartteambespreking (039679)

Een bespreking van een patiënt in een instelling met een Wbmv-vergunning voor cardiochirurgie en/of 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 een multidisciplinair overleg met twee of meer van de volgende specialismen: cardiochirurgie, interventiecardiologie en elektrofysiologie. Per bespreking wordt deze zorgactiviteit eenmaal per specialisme geregistreerd. Bij interne verwijzingen wordt deze zorgactiviteit niet geregistreerd.

Alleen als de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden én de patiënt niet onder behandeling is of komt bij het betreffend(e) poortspecialisme(n) (cardiologie en/of thoraxchirurgie), leidt de zorgactiviteit tot een declarabel dbc-zorgproduct. Als er wel tot behandeling wordt overgegaan wordt de zorgactiviteit geregistreerd in het subtraject voor de interventie.

12. Longteambespreking (039580)

Een bespreking van een patiënt in een instelling met een Wbmv-vergunning voor cardiopulmonale chirurgie, 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 een multidisciplinair overleg met de volgende specialismen: cardiopulmonale chirurgie en longgeneeskunde. Per bespreking wordt deze zorgactiviteit eenmaal per specialisme geregistreerd. Bij interne verwijzingen wordt deze zorgactiviteit niet geregistreerd.

Alleen als de gegevens van de patiënt via tertiaire verwijzing worden aangeboden én de patiënt niet onder behandeling is of komt bij het poortspecialisme cardiopulmonale chirurgie, leidt de zorgactiviteit tot een declarabel dbc-zorgproduct. Als er wel tot behandeling wordt overgegaan wordt de zorgactiviteit geregistreerd in het subtraject voor de interventie.

13. Multidisciplinair overleg (190005)

Een overleg tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren of ondersteunende specialisten werkzaam voor minimaal drie verschillende medisch specialismen. Tijdens dit overleg wordt de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt besproken en vastgelegd. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt deel uit van het zorgtraject van de bijbehorende zorgvraag. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit maximaal eenmaal per specialisme geregistreerd.

14. Overleg palliatieve zorg (190006)

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team. Het palliatief team bestaat uit:

- tenminste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of
- één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.

- in het geval van palliatieve zorg voor kinderen bestaat het team palliatieve zorg tenminste uit één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een coördinerend verpleegkundige.

Deze zorgactiviteit mag door elk teamlid dat bij het overleg betrokken is worden vastgelegd in het zorgtraject van de palliatieve zorgvraag.

15. Consult door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en lid is van het team palliatieve zorg (190067)

Consult tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. Voor dit consult mag alleen de 190067 worden vastgelegd.

16. Multidisciplinair consult (190010)

Een polikliniekbezoek of consult op afstand, waarbij sprake is van contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren of ondersteunende specialisten van verschillende medisch specialismen. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt deel uit van het zorgtraject van de behandelaar verantwoordelijk voor deze zorgvraag. De behandelaar verantwoordelijk voor deze zorgvraag mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek of consult op afstand vastleggen. Per multidisciplinair consult wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

17. Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (190015)

Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist, SEH-arts, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch verloskundige in het kader van een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

18. Spoedeisende hulp contact buiten de SEH, elders in het ziekenhuis (190016)

Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist, SEH-arts, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch verloskundige in het kader van een acute zorgvraag op een andere afdeling dan de spoedeisende hulp. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

19. Intercollegiaal consult (icc) (190119) en intercollegiaal consult – revalidatie (190814)

Een diagnostisch of screenend contact tussen een patiënt en een medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch verloskundige die de poortfunctie uitvoert, van een ander medisch specialisme, tijdens een periode van verblijf. Dit contact vindt plaats op verzoek van een medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant, die verantwoordelijk is voor de behandeling van deze patiënt tijdens de periode van verblijf.

Voor deze periode van verblijf is minimaal één van de volgende zorgactiviteiten geregistreerd: verpleegdag, klinische zorgdag in de thuissituatie, ic-dag (ook NICU of PICU), verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK, intensieve niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting, langdurige observatie zonder overnachting of dagverpleging.

Een icc op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

20. Medebehandeling (190117)

Behandeling van een patiënt door een medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch verloskundige die de poortfunctie uitvoert, op verzoek van een ander medisch specialisme tijdens een periode van verblijf voor dat specialisme. De medebehandeling kan zowel betrekking hebben op de zorgvraag waarvoor de patiënt reeds in behandeling is als op een nieuwe zorgvraag. Deze zorgactiviteit wordt per contact met de patiënt vastgelegd.

Voor deze periode van verblijf is minimaal één van de volgende zorgactiviteiten geregistreerd: verpleegdag, klinische zorgdag in de thuissituatie, ic-dag (ook NICU of PICU), verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK, intensieve niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting, langdurige observatie zonder overnachting of dagverpleging.

Een medebehandeling op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-

to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

21. Second opinion van een diagnose, behandeladvies of behandeling (190022)

Een contact waarbij de patiënt een tweede onafhankelijke beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert consulteert, ter beoordeling van een gestelde diagnose, behandeladvies of behandeling. De geconsulteerde beroepsbeoefenaar is werkzaam binnen hetzelfde specialisme/vakgebied in een andere instelling of als solist. De second opinion (190022) wordt naast een andere zorgactiviteit geregistreerd.

22. Gestructureerd landelijk neonataal follow-up protocol van NICU-populatie (190049)

Een polikliniekbezoek in het kader van protocol neonatologie (langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU-voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, in het kader van langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis. Naast deze activiteit wordt geen polikliniekbezoek geregistreerd.

23. Gestructureerd landelijk pediatriesch follow-up protocol van PICU-populatie (190029)

Een polikliniekbezoek in het kader van het pediatriesch follow-up protocol (langdurige nacontrole van een kind met een PICU-voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, in het kader van langdurige nacontrole van een kind met een PICU voorgeschiedenis. Naast deze activiteit wordt geen polikliniekbezoek geregistreerd.

24. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (039577, 039579 en 039581)

Het Comprehensive Geriatric Assessment omvat diagnostische en therapeutische aspecten conform de richtlijn CGA door de Nederlandse vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Zorgactiviteit 039577 kan naast een polikliniekbezoek of consult op afstand (mits in overeenstemming met de richtlijn) worden vastgelegd. Zorgactiviteit 039579 wordt vastgelegd nadat eerder in hetzelfde zorgtraject een CGA is geregistreerd. Zorgactiviteit 039581 mag alleen worden vastgelegd tijdens een klinische opname.

25. Dagverpleging (190030 en 190090)

Een aantal uren durende vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling waarbij de verpleging plaatsvindt op een voor dagverpleging ingerichte afdeling. Er wordt maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag vastgelegd. Een dagverpleging wordt niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

26. Langdurige observatie zonder overnachting (190091)

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

Een langdurige observatie zonder overnachting wordt niet op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd.

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

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

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

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

28. Klinische opname (190021)

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen of klinische zorgdagen in de thuissituatie worden geregistreerd. Bij een

onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door (een) afwezigheidsdag(en) of door ontslag en heropname op dezelfde kalenderdag) wordt slechts één 'klinische opname' (190021) geregistreerd. Interne verplaatsingen worden niet als nieuwe opnamen gerekend.

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

29. Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, 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 dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij:

- een definitieve klinische overname door een andere instelling in Nederland of het buitenland die zorg levert zoals genoemd in artikel 3 (Reikwijdte), eerste en tweede lid, van deze regeling, waarbij die overname plaatsvindt op dag van of de dag na opname in de initiële instelling;
- overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

Een verpleegdag mag niet geregistreerd worden wanneer een patiënt voor 20:00 uur overgeplaatst wordt naar een klinische setting in de thuissituatie.

30. Verpleegdag instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij ziekenhuisindicatie (190089)

Registratie-eenheid voor een verpleegdag in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg bij een ziekenhuisindicatie. Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd indien een patiënt in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg verblijft, maar de overdracht van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert naar de specialist ouderengeneeskunde nog niet heeft plaats gevonden. De instelling voor medisch-specialistische zorg registreert deze zorgactiviteit naast een reguliere verpleegdag als onderdeel van het medisch-specialistische behandeltraject.

31. Afwezigheidsdag (190034 en 194809)

Indien geen sprake is van definitief ontslag wordt de kalenderdag volgend op de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft aangemerkt als afwezigheidsdag, met uitzondering van klinische overplaatsing naar de thuissituatie. Het betreft een geplande afwezigheid van ten hoogste drie afwezigheidsdagen. Het is niet toegestaan om voor één kalenderdag zowel een afwezigheidsdag als een verpleegdag te registreren.

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

32. Ambulante behandeldag grz (194805)

Een controlebezoek of een vorm van individuele of groepsbehandeling, waarbij de patiënt geen gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten. De ambulante behandeldag is gepland en noodzakelijk in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde. Er is sprake van een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak.

Per dag dat de patiënt ambulant wordt behandeld, wordt één zorgactiviteit ambulante behandeldag grz geregistreerd. Naast de ambulante behandeldag wordt de patiëntgebonden behandel tijd van de betreffende behandel discipline(s) vastgelegd.

33. Patiëntgebonden behandel tijd (190877 t/m 190977 en 194815 t/m 194842)

De directe en indirecte patiëntgebonden behandel tijd voor een (medisch-specialistische of geriatrische) 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 et cetera). De patiëntgebonden behandel tijd wordt per tijdseenheid van 5 minuten door de behandelaar vastgelegd. De behandel tijd mag naast de zorgactiviteiten die de behandelsetting weergeven worden geregistreerd.

Directe patiëntgebonden behandeltime betreft patiëntgerichte behandeltime die voortvloeit uit het behandelplan, waarbij de patiënt aanwezig is. Onder directe behandeltime vallen de multidisciplinaire patiëntbesprekingen die voor het behandelplan worden uitgevoerd en waarbij de patiënt of het patiëntstelsel aanwezig is én alle overige (planbare) directe behandeltime. Directe behandeltime wordt geregistreerd door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en alle peri-/paramedische behandel disciplines. De klinisch verpleegkundigen registreren alleen directe behandeltime bij specifieke activiteiten die niet vallen onder het normaal klinisch handelen (190877 t/m 190880 en 194837 t/m 194842). Bij zorg op afstand binnen de (medisch-specialistische of geriatrische) revalidatiezorg, mag alleen directe behandeltime worden geregistreerd als het behandelen betreft in het kader van een (op te stellen/ uit te voeren) behandelplan.

Indirecte patiëntgebonden time binnen de medisch-specialistische revalidatiezorg wordt vanaf tien minuten per dag geregistreerd. Beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren registreren in het kader van medisch specialistische revalidatiezorg geen indirecte time.

Bij een groepsbehandeling moet de bestede time van de behandelaar verdeeld worden over het aantal deelnemers aan de groepsbehandeling. Er kunnen ook meerdere behandelaars betrokken zijn. In dat geval wordt de bestede time per soort behandelaar als volgt toegerekend aan de betrokken patiënten: (aantal behandelaars betreffende discipline * duur groepsbehandeling)/aantal deelnemers groepsbehandeling).

34. Afrondingsregel MSZR (190877 t/m 190977) en GRZ (194815 t/m 194842)

Voor deze zorgactiviteiten is de afrondingsregel van toepassing. Per toegestane discipline zijn zorgactiviteiten gedefinieerd op basis van tijdseenheden van vijf minuten. De officiële afrondingsregel bij tijdsregistratie per vijf minuten is:

- minder dan de helft van het verschil tussen twee opeenvolgende stappen: naar beneden afronden;
- gelijk of meer dan de helft: naar boven afronden.

Als sprake is van een tijdsbesteding van minder dan vijf minuten, dan wordt hiervoor geen zorgactiviteit vastgelegd.

35. Coördinatie bij hart- of longrevalidatie (039898)

Deze zorgactiviteit betreft een multidisciplinair overleg tussen één van de volgende zorgverleners binnen het specialisme cardiologie of longgeneeskunde: cardioloog, longarts, verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA) en één of meer andere zorgverleners. Deze zorgactiviteit wordt eenmaal per overleg geregistreerd in het subtraject dat wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een cardioloog, longarts, VS of PA cardiologie of longgeneeskunde.

36. Intakecontact ten behoeve van hartrevalidatie (193126)

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

37. Informatiemodule (193127)

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

38. Behandelmodule FIT met minder dan tien sessies (193128) of (meer dan) tien sessies (193129)

De bewegingsmodule FIT van het enkel- of meervoudige longrevalidatieprogramma bestaat uit een aantal sessies van ieder minimaal vijf kwartier onder begeleiding van minimaal twee fysiotherapeuten met optionele inspanningstest.

39. Behandelsessie FIT – in het kader van FIT module hartrevalidatie (193140)

De behandelsessie FIT van het hartrevalidatieprogramma bestaat uit een groepssessie van minimaal 1 uur, waarbij minimaal één erkend HR fysiotherapeut per vijf patiënten aanwezig is. Bij groepen groter dan vijf patiënten is, naast minimaal één erkend HR-fysiotherapeut, per vijf extra patiënten minimaal één erkende zorgprofessional van het multidisciplinaire behandelteam aanwezig.

Een sessie kan ook de vorm hebben van individuele begeleiding (op afstand). In dat geval bestaat de sessie uit individuele instructie en begeleiding van een individuele patiënt m.b.t. een buiten de reguliere hartrevalidatie-setting uitgevoerd deel van het hartrevalidatieprogramma. Een sessie bestaat hierbij

uit één of meerdere gesprekken (op afstand) van (opgeteld) minimaal 12 minuten door een erkend HR-fysiotherapeut van het behandelteam. De inhoudelijke aspecten, het aantal sessies en overige kwalitatieve en kwantitatieve randvoorwaarden, voldoet aan de betreffende richtlijnen, zoals opgesteld door de wetenschappelijke vereniging.

40. Behandelsessie PEP – in het kader van PEP module hartrevalidatie (193141)

De behandelsessie PEP van het hartrevalidatieprogramma bestaat uit een sessie van twee uur in groepsverband en is gericht op gedragsverandering en het verbeteren van emotioneel welbevinden. Indien de sessie gericht is op gedragsverandering voor één van de BRAVO-thema's (Bewegen, Roken, Alcohol & drugs, Voeding, Ontspanning), dan geschiedt begeleiding door een daartoe geschoolde deskundige op het gebied van gedragsverandering en motivational interviewing en onder supervisie van een BIG-geregistreerd psycholoog. Indien de PEP-sessie zich richt op een angst- en/of depressieve stoornis is een BIG-geregistreerd psycholoog direct betrokken.

Een sessie kan ook de vorm hebben van individuele begeleiding (op afstand). In dat geval bestaat de sessie uit één of meerdere gesprekken (op afstand) met een patiënt van (opgeteld) minimaal 30 minuten door een geschoolde deskundige van het behandelteam en onder supervisie van een BIG-geregistreerd psycholoog. De inhoudelijke aspecten, het aantal sessies en overige kwalitatieve en kwantitatieve randvoorwaarden, voldoet aan de betreffende richtlijnen, zoals opgesteld door de wetenschappelijke vereniging.

41. Initiële screening voorbereidend onderzoek orgaantransplantatie ontvanger (039180)

Deze zorgactiviteit mag door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert binnen één instelling die de voorbereidende onderzoeken uitvoert eenmaal per ontvanger per beoogde wachtlijstplaatsing worden vastgelegd op de dag van het eerste face-to-face contact met de ontvanger in het kader van deze fase.

42. Initiële screening besluitvormend orgaantransplantatie ontvanger (039181)

Deze zorgactiviteit mag per ontvanger eenmaal per beoogde wachtlijstplaatsing per transplantatie worden vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één transplantatiecentrum die de beoordeling en besluitvorming uitvoert binnen de initiële screening van de ontvanger.

43. Screening patiënten wachtlijst orgaantransplantatie ontvanger (039191)

Deze zorgactiviteit mag per transplantatie eenmaal per 120 dagen dat de ontvanger op de wachtlijst staat worden vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één transplantatiecentrum die de periodieke controles uitvoert.

44. Operatieve fase orgaantransplantatie ontvanger (039192)

Deze zorgactiviteit mag per ontvanger eenmaal per transplantatieoperatie worden vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in het transplantatiecentrum.

45. Nazorg hart- en/of longtransplantatie (039394 t/m 039396)

Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in een instelling.

46. Nazorg met specifieke controles orgaantransplantatie ontvanger exclusief nazorg hart- en/of longtransplantatie ontvanger (039351)

Deze zorgactiviteit wordt in het eerste jaar van de nazorg na de transplantatie binnen maximaal drie subtrajecten per transplantatie vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één transplantatiecentrum.

47. Nazorg regulier orgaantransplantatie ontvanger exclusief nazorg hart- en/of longtransplantatie ontvanger (039350)

Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert binnen één instelling. Deze activiteit wordt niet geregistreerd als er gelijktijdig nazorg wordt geleverd in het transplantatiecentrum (zorgactiviteit 039351).

48. Initiële screening voorbereidend onderzoek orgaantransplantatie donor (039182)

Deze zorgactiviteit wordt per donor per beoogde orgaanuitname door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één instelling vastgelegd op de dag van het eerste face-to-face contact in het kader van de orgaantransplantatieprocedure.

49. Initiële screening besluitvormend orgaantransplantatie donor (039183)

Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd per donor per beoogde orgaanuitname door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één transplantatiecentrum die de beoordeling en besluitvorming uitvoert voor de initiële screening van de donor in het kader van de orgaantransplantatieprocedure.

50. *Operatieve fase orgaantransplantatie donor* (039193)

Deze zorgactiviteit wordt per donor eenmaal per orgaanuitname door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één instelling, die de operatie uitvoert vastgelegd.

51. *Nazorg regulier orgaantransplantatie donor* (039352)

Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in één instelling.

52. *Transplantatieteambespreking* (039230)

Een bespreking van een ontvanger of donor in een instelling met een Wbmv-vergunning voor de transplantatiezorg door het multidisciplinaire transplantatieteam waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één ontvanger of donor wordt besproken en vastgelegd en de besluitvorming ten aanzien van de transplantatiebehandeling plaats vindt. Deze activiteit wordt eenmaal per transplantatieteambespreking vastgelegd.

53. *Expertise op afstand voor transplantatiezorg bij kinderen* (192110)

Schriftelijk advies van een transplantatiecentrum aan een niet-transplantatiecentrum gericht op de beoordeling van uitslagen van de uitgevoerde onderzoeken of in te zetten behandeling. Dit advies wordt geregistreerd als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de patiënt is onder behandeling bij het transplantatiecentrum;
- er is sprake van een tijdsbesteding van minimaal 30 minuten direct patiëntgebonden tijd;
- uit het medisch dossier is herleidbaar welke uitslagen zijn beoordeeld of over welke behandelopties is geadviseerd.

54. *Selectie stamcellen verwante donor* (039236, 039237)

Zorgactiviteiten voor selectie stamcellen van verwante donoren (039236, 039237) worden geregistreerd in het subtraject van de ontvanger.

55. *Vervallen*

56. *Doorlopende opname tijdens stamceltransplantatiefase* (198881, 198882, 198883, 198884, 198885)

Een zorgactiviteit 'doorlopende opname tijdens stamceltransplantatiefase' (198881, 198882, 198883, 198884, 198885) kan worden geregistreerd als er sprake is van een doorlopende opname in een vervolgtraject tijdens de transplantatiefase. Als de klinische opname van een patiënt in de transplantatiefase langer duurt dan het eerste subtraject van 120 dagen, dan kan de zorgactiviteit 'doorlopende opname tijdens stamceltransplantatiefase' in een volgend subtraject geregistreerd worden.

57. *Nazorg stamceltransplantaties* (192079, 192080, 192087, 192098, 192099)

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087, 192098 en 192099) na stamceltransplantatie wordt uitsluitend door één zorgaanbieder gedurende maximaal drie subtrajecten na een transplantatie geregistreerd tijdens een contact in het kader van de nazorg.

58. *Cochleaire implantaten (pre-)implantatie* (031903 en 031905)

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

59. *Nazorg cochleaire implantaten* (031904 en 031906)

Een zorgactiviteit 'cochleaire implantaten nazorg volwassenen' (031904) en 'cochleaire implantaten nazorg kinderen' (031906) wordt uitsluitend door één zorgaanbieder binnen een cochleair implantatie (CI) team geregistreerd.

60. *Modulen complex chronische longaandoeningen* (193200 t/m 193251)

De dbc-zorgproducten voor complex chronische longaandoeningen kenmerken zich door de modulaire systematiek, welke een separaat ontwikkeltraject hebben doorlopen. De modules (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De keuzes in de behandeling worden zichtbaar in de registratie van de modules, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodules (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modules (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria). Een module mag alleen worden geregistreerd indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria die voor de module gelden. De beslissing om een module in te zetten wordt genomen door de verantwoordelijke specialist en wordt expliciet vastgelegd. Ook wanneer gekozen wordt voor een klinische behandeling of het programma wordt vervolgd in dagbehandeling of poliklinische setting, dan wordt deze beslissing en overweging daarbij expliciet vastgelegd.

61. Behandelplan pulmonaal, niveau 2 – complex chronische longaandoeningen (193295)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in het subtraject voor de behandeling, indien de patiënt aantoonbaar voldoet aan de afbakeningscriteria voor niveau 2 zoals opgenomen in het document 'Afbakeningscriteria complex chronische longaandoeningen' van de Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose

62. Behandelplan extrapulmonaal fysiek, niveau 2 – complex chronische longaandoeningen (193296)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in het subtraject voor de behandeling, indien de patiënt aantoonbaar voldoet aan de afbakeningscriteria voor niveau 2 zoals opgenomen in het document 'Afbakeningscriteria complex chronische longaandoeningen' van de Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose.

63. Behandelplan extrapulmonaal psychosociaal, niveau 2 – complex chronische longaandoeningen (193297)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in het subtraject voor de behandeling, indien de patiënt aantoonbaar voldoet aan de afbakeningscriteria voor niveau 2 zoals opgenomen in het document 'Afbakeningscriteria complex chronische longaandoeningen' van de Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose.

64. Klinische overname uit ziekenhuis - complex chronische longaandoeningen (193298)

Wanneer een assessment in een centrum voor complex chronische longaandoeningen (CCL) direct aansluitend aan een ziekenhuisopname plaatsvindt wordt zorgactiviteit 193298 geregistreerd op de eerste dag van het subtraject.

65. Herstart na afgebroken behandeling - complex chronische longaandoeningen (193299)

Indien sprake is van een herstart na een afgebroken behandeling voor complex chronische longaandoeningen (CCL) dan wordt zorgactiviteit 193299 op de eerste dag van de herstart geregistreerd.

66. Preassessment (039696)

Een preoperatief onderzoek, uitgevoerd door een anesthesist, met als doel voorafgaand aan een ingreep een risico inventarisatie van de patiënt uit te voeren en daarmee risicoreductie te bewerkstelligen bij patiënten die in dagverpleging of in klinisch setting worden geopereerd. Deze activiteit maakt onderdeel uit van het zorgprofiel van de operator. Deze activiteit wordt niet naast een polikliniekbezoek of consult op afstand vastgelegd.

67. Klinisch peri-operatieve zorg (039693)

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

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

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

69. Vervallen

70. Echografie hart door kindercardioloog of cardex (039472)

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

71. Echografie hart complex door kindercardioloog (039473)

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

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

72. Opvang van het kind bij sectio caesarea door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert bij kindergeneeskunde (039508)

De opvang van het kind door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in het kader van een klinische opname voor niet-complexe zorg neonatologie.

73. Begeleiding bij chronische totale parenterale voeding (TPV) (039578)

Controle van patiënt onder 18 jaar op thuis TPV, inclusief reguliere laboratoriumcontroles door mdl-kinderarts.

74. Uitvoeren handelingsprotocol postmortaal wiegendood (039619)

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

75. Uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door kinderarts subspecialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624 en 039630)

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

Bij een niet-topreferente patiënt van het betreffende subspecialisme wordt deze zorgactiviteit niet geregistreerd. Bij patiënten met klachten die ook door een algemeen kinderarts behandeld kunnen worden, wordt deze zorgactiviteit niet geregistreerd.

76. Begeleiding van kinderen bij de toediening van bloedtransfusies (039626)

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

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

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd bij patiënten met een factor VIII of IX (<5%) of bij patiënten met een van Willebrand factor (<35%).

78. Instellen metabool dieet (039637)

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

79. Klinisch peri-operatieve zorg longchirurgie bij kinderen in verband met congenitale longproblematiek (039695)

De zorgactiviteit wordt eenmalig per operatie geregistreerd.

80. Aansturen door kinderarts van multidisciplinair team met medisch specialisten van ten minste 3 verschillende specialismen en / of subspecialisme(n) (190168)

Een kinderarts registreert deze zorgactiviteit één keer per subtraject voor het aansturen van een multidisciplinair team bestaande uit de kinderarts zelf en tenminste twee medisch specialisten van andere (verschillende) specialismen en/of subspecialismen binnen het specialisme kindergeneeskunde. De patiënt

moet door de verschillende medisch specialismen en/of subspecialismen afzonderlijk zijn gezien. Het is niet toegestaan deze zorgactiviteit te registreren naast de zorgactiviteit voor een Multidisciplinair overleg (190005) voor dezelfde zorgvraag.

81. *SKION-stratificatie (193900 t/m 193907)*

Een zorgactiviteit voor een door SKION afgegeven stratificatie licht, middel of zwaar (193900 t/m 193902) of follow up (193903) wordt eenmaal per 120 dagen geregistreerd tijdens een face-to-face contact. Zorgactiviteit 193904 wordt geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact binnen het eerste subtraject. Indien sprake is van een recidief mag, in afwijking van het bovenstaande, binnen 120 dagen aanvullend een door SKION afgegeven stratificatie zwaar worden geregistreerd. Deze zorgactiviteit (193902) wordt samen met zorgactiviteit 193907 geregistreerd in het subtraject dat op dat moment openstaat.

82. *Behandeling van ernstige, uitgebreide huidaandoening met zalf (bijv. ditranol, teerzalf of wet wrap), incl. eventueel inpakken/inzwachtelen, verwijderen en reinigen van de huid (039993)*

De behandeling van ernstige inflammatoire dermatosen (psoriasis en/of constitutioneel eczeem) waarbij grote delen van het lichaam zijn aangedaan. Deze zorgactiviteit is van toepassing op zalven voor lokale therapie die vermeld zijn in de richtlijnen 'Psoriasis' en 'Constitutioneel eczeem' van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Deze zorgactiviteit wordt per kalenderdag geregistreerd en wordt niet geregistreerd voor behandeling in de thuissituatie.

83. *Erfelijkheidsonderzoek (191111, 191135 t/m 191138)*

De zorgactiviteitscodes 191111, 191136 t/m 191138 worden geregistreerd op het moment dat het erfelijkheidsadvies is afgerond. Het enkelvoudig erfelijkheidsadvies (191111) bevat de voorbereiding, het gesprek zelf inclusief het opmaken van een stamboom, counseling en daarna afronding met een brief aan adviesvragers en aan verwijzers. Er is bij dit erfelijkheidsonderzoek geen vervolgonderzoek nodig.

Zorgactiviteitscode 191135 wordt geregistreerd bij het eerste erfelijkheidsadviesgesprek voor het meest complexe erfelijkheidsonderzoek (bij onbekende gendefect(en)).

Zorgactiviteitscode 191136 wordt geregistreerd bij een adviesaanvraag in verband met een kindwens in geval van een autosomaal recessieve of x-linked aandoening, waarbij sprake is van heterozygoot dragerschap en waar het/de gendefect(en) bekend is/zijn.

Zorgactiviteitscode 191137 wordt geregistreerd wanneer bij een familielid van de adviesvrager eerder een erfelijke aandoening is aangetoond, de zogenaamde cascadescreening. Het gaat om een middelmatig complex erfelijkheidsonderzoek in geval van een autosomaal dominante aandoening waarbij het/de gendefect(en) bekend is/zijn.

Zorgactiviteitscode 191138 wordt geregistreerd wanneer er een onderzoek wordt gedaan in het geval de/het gendefect(en) nog onbekend of nog niet nader geduïd is/zijn.

Gedurende het erfelijkheidsonderzoek worden de contactmomenten vastgelegd door middel van de reguliere zorgactiviteiten, zoals een polikliniekbezoek of telefonisch consult.

84. *Lichttherapie-apparaat voor UVB-thuisbelichting (190347)*

Deze zorgactiviteit wordt bij reguliere lichttherapie (die in kuren wordt gegeven en een reguliere dosis uv-licht afgeeft) eenmalig geregistreerd bij uitgifte van het apparaat. Indien gebruik wordt gemaakt van een apparaat dat een ultralage dosis uv-licht afgeeft en daardoor meerdere jaren aaneensluitend wordt gebruikt, wordt deze zorgactiviteit één keer per jaar dat het apparaat wordt gebruikt, geregistreerd.

85. *Vervallen*

86. *Zorgactiviteiten medische psychologie (194152 t/m 194166, 194171, 194172)*

De zorgactiviteiten van de medische psychologie worden uitgevoerd en geregistreerd door, of onder verantwoordelijkheid van een in het ziekenhuis werkzame BIG-geregistreerde psycholoog.

87. *Post-infusietraject bij immuun effectorcel therapie (191015)*

Deze zorgactiviteit wordt uitsluitend door één zorgaanbieder in maximaal drie subtrajecten na de infusie geregistreerd tijdens een contact in het kader van de nazorg.

88. *Start overbruggende behandeling t.b.v. immuun effectorcel therapie (191018)*

Wanneer een (medicinale) oncologische behandeling ter overbrugging tussen de aferese (fase 2) en infusie (fase 3) bij immuun effectorcel therapie start, dan wordt bij de start van de overbrugging zorgactiviteit

191018 geregistreerd. Bij kinderen met een SKION-stratificatie is dit niet van toepassing omdat eventuele (medicinale) oncologische behandeling ter overbrugging in het parallelle SKION-zorgtraject geregistreerd wordt.

89. *Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena etc. (038911 en 039812) en Proefexcisie (stans of mes) (038913)*

Deze zorgactiviteiten worden per excisie geregistreerd. Indien meerdere excisies worden uitgevoerd in één zitting, dan worden evenveel zorgactiviteiten geregistreerd als dat excisies zijn uitgevoerd.

90. *Dialyse (192048, 192049, 192051, 192053, 192055, 192058, 192061, 192063, 039977, 039978)*

Een zorgactiviteit voor dialyse wordt eenmaal per dialyse geregistreerd. Deze zorgactiviteit wordt gekoppeld aan het zorgtraject waarvoor de dialyse wordt uitgevoerd.

91. *Inspanningsdiagnostiek bij verminderde inspanningstolerantie (193109) en Inspanningsdiagnostiek en -advies t.b.v. beweeginterventie (193110)*

Deze zorgactiviteiten worden eenmaal geregistreerd per consult waarbij inspanningsdiagnostiek plaatsvindt, bestaande uit (minimaal) een fietsergometrie (039844 of 039845). Deze zorgactiviteiten worden geregistreerd naast andere uitgevoerde zorgactiviteiten, zoals een fietsergometrie en polikliniekbezoek.

92. *Behandeling middels een apparaat voor non-invasieve ademhalingsondersteuning (030001)*

Deze zorgactiviteit wordt vastgelegd voor de behandeling met een apparaat voor non-invasieve ademhalingsondersteuning.

De behandeling omvat de (proef)plaatsing, het aanmeten en leveren van het masker, het leveren van het apparaat voor non-invasieve ademhalingsondersteuning voor de (proef)periode, het uitlezen van de gegevens die gemeten zijn gedurende de (proef)periode en het evalueren van de uitkomst.

Deze zorgactiviteit wordt niet geregistreerd voor de jaarlijkse controles voor het uitlezen van het apparaat voor non-invasieve ademhalingsondersteuning.

93. *Consult van de partner bij een gezamenlijk consult bij een zorgvraag infertiliteit (voor de andere partner wordt een polikliniekbezoek of een consult op afstand vastgelegd) (190069)*

Wanneer tijdens een gezamenlijk consult in het kader van een zorgvraag infertiliteit bij de man een algemene en speciële anamnese wordt afgenomen en onderzoek wordt ingezet, mag zorgactiviteit 190069 in een apart zorgtraject voor de man worden geregistreerd. Voor de vrouw wordt een polikliniekbezoek of consult op afstand geregistreerd.

Hoofdstuk IV Overige zorgproducten

Artikel 25. Algemene registratiebepalingen

Overige zorgproducten worden vastgelegd in zorgactiviteiten. De omschrijving van een zorgactiviteit is eveneens van toepassing op een overig zorgproduct. Ook is de omschrijving van een overig zorgproduct eveneens van toepassing op een zorgactiviteit. Voor de registratie en declaratie van overige zorgproducten kunnen wel aanvullende voorwaarden gelden, welke in de navolgende artikelen zijn uitgewerkt.

Artikel 26. Overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten

1. De categorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een dbc-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden.

2. *Add-ons intensive care(ic)*

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

b. Welke ic-dag (type 1 of type 2) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen ic-dag type 1 in rekening worden gebracht.

c. Voor de add-ons ic gelden specifieke omschrijvingen en/of registratievoorwaarden:

- *ic-dag type 1 of 2 (190157 en 190158)*

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een ic-patiënt, ingedeeld in ic-dag type 1 of 2. Niet als ic-dag wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt zonder ic-indicatie op de ic of op de Post Anesthesia Care Unit (PACU), in plaats van op de verkoeverafdeling, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere postoperatieve bewaking en geen ic-dag.

- *Dialysetoeslag (190156)*

Deze toeslag geldt per dialysedag. Een dialysedag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctie vervangende therapie bij een patiënt onder eindverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De dialysetoeslag mag alleen naast de ic-dag type 1 of type 2 (190157 en 190158) worden gedeclareerd. De dialysetoeslag mag niet gedeclareerd worden als de uitvoering plaatsvindt vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse dbc-zorgproduct.

- *ic-consult (190129)*

Een intercollegiaal consult, uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de ic-afdeling (spoed en niet-spoed). Het consult is aangevraagd door een specialist (of andere beroepsbeoefenaar die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling spoedeisende hulp). In geval van acute dreigende medische calamiteit mag dit consult ook ongevraagd plaatsvinden. Indien een ic-consult leidt tot een ic-dag (op dezelfde kalenderdag) wordt er geen ic-consult geregistreerd.

- *Begeleiding interklinisch IC-vervoer < 2 uur (190130) of ≥ 2 uur (190131)*

Interklinisch vervoer als bedoeld in de Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen, waarbij sprake is van begeleiding van een patiënt met een ic-indicatie door een medisch specialist. Indien de heenreis, de wachttijd op de ambulance, de overdracht in de ontvangende instelling en de terugreis bij elkaar opgeteld korter duren dan twee uur wordt za-code 190130 geregistreerd. Bij een duur gelijk aan of langer dan twee uur wordt za-code 190131 geregistreerd.

- *Begeleiding MICU-vervoer < 2 uur (190132) of ≥ 2 uur (190133)*

Interklinisch MICU-vervoer als bedoeld in de Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen, waarbij sprake is van begeleiding van een patiënt met een ic-indicatie door een Mobile Intensive Care Unit (MICU)-team, conform de richtlijnen van de NVIC en de NVK.

Indien de heenreis, de wachttijd op de ambulance, de overdracht in de ontvangende instelling en de terugreis bij elkaar opgeteld korter duren dan twee uur wordt za-code 190132 geregistreerd. Bij een duur gelijk aan of langer dan twee uur wordt za-code 190133 geregistreerd.

De kosten voor deze prestaties (190132 en 190133) zijn inclusief de kosten voor de MICU-trolley, materialen/apparatuur en MICU-coördinatie.

- *Neonatale intensive care* (190150)
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt met een ic-indicatie op de neonatale ic van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling neonatologie.
- *Pediatrische intensive care* (190151)
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt met een ic-indicatie op de pediatrische ic.
- *ECMO-toeslag* (039611)
Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op de neonatale ic of pediatrische ic. De therapie wordt uitgevoerd in aansluiting op een cardiale chirurgische of bij pulmonale of niet-operatieve cardiale problematiek waarbij de kwaliteitsindicator voorschrijft dat er minimaal eenmaal per maand een ECMO-therapie op neonatale ic of pediatrische ic wordt uitgevoerd. De therapie start bij de voorbereiding van de canulatie (12 uur voorafgaand aan ECMO) en eindigt 24 uur na decanulatie.

3. Add-ongeneesmiddelen

Een add-ongeneesmiddel wordt uitsluitend geregistreerd in combinatie met een zorgtraject, tenzij een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijbehorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

4. Overige trajecten

a. Een overig traject mag in plaats van een reguliere verpleegdag en naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd worden onder dezelfde voorwaarden als een reguliere verpleegdag zoals omschreven in artikel 24 lid 29. Deze overige trajecten mogen naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd worden.

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

- *Verkeerde bed, Wlz-indicatie* (190092)
Een prestatie die in rekening wordt gebracht na de dag dat de noodzaak voor de klinische opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg is vervallen en een Wlz-indicatie is afgegeven, terwijl de Wlz-zorg nog niet beschikbaar is. Voor nadere informatie, alsmede de voorwaarden waaronder deze prestatie in rekening mag worden gebracht, wordt verwezen naar de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven verkeerde bed Wlz.
- *Verblijf gezonde moeder* (190032)
Verblijf van een gezonde moeder in een instelling in verband met een klinische opname van de pasgeborene. Deze zorgactiviteit wordt tot maximaal 28 dagen na de bevalling geregistreerd. De voor kraamzorg beschikbare zorgactiviteit (196199) wordt apart geregistreerd.
- *Verblijf gezonde zuigeling* (190033)
Verblijf van een gezonde zuigeling in een instelling in verband met een klinische opname van de moeder. Deze zorgactiviteit wordt tot maximaal 28 dagen na de geboorte geregistreerd. De voor kraamzorg beschikbare zorgactiviteit (196199) wordt apart geregistreerd.
- *Kraamzorg bij verblijf gezonde moeder of zuigeling in een instelling, per dag* (196199)
Kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering die in een instelling wordt geleverd in aanvulling op de prestaties 'verblijf gezonde moeder' (190032) of 'verblijf gezonde

zuigeling' (190033). Deze prestatie (196199) omvat een gelimiteerd aantal uren kraamzorg per dag overeenkomstig de geldende prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen voor kraamzorg in de Beleidsregel kraamzorg.

- *Verblijf vervallen ziekenhuisindicatie, geen Wlz-indicatie* (190093)
De prestatie wordt in rekening gebracht:
 - na de dag dat de noodzaak voor klinische opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg is vervallen;
 - zodra een indicatie, niet zijnde een Wlz-indicatie, is vastgesteld;
 - terwijl de benodigde zorg thuis of in een andere instelling nog niet beschikbaar is;
 - zo lang de patiënt noodgedwongen in een instelling voor medisch-specialistische zorg verblijft, tot en met de dag dat de benodigde zorg in een instelling of thuis voor de patiënt aanvangt.
- *Zotelovertuiging* (190208)
Overnachten in een zorghotel, in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg, welke gekoppeld is aan een instelling voor medisch-specialistische zorg.

5. Add-on overig

Voor een aantal add-ons overig gelden specifieke prestatiebeschrijvingen of zijn de hierna vermelde aanvullende voorwaarden van toepassing:

- *Extracorporele immunoadsorptiebehandeling* (039967 en 039968)
De ABOi (039967) en HLAi (039968) mogen alleen gedeclareerd worden bij een dbc-zorgproduct in het kader van een nier-, lever-, darm-, eilandjes- of pancreastransplantatie (dbc-zorgproductgroep 979002).
- *Toeslag obstetrische high care* (190219)
Deze toeslag mag alleen worden vastgelegd door instellingen die vanuit het planningsbesluit van de minister toestemming hebben gekregen om een OHC-unit inclusief NICU te exploiteren. De zorgactiviteit wordt naast een reguliere verpleegdag vastgelegd voor iedere dag dat de patiënt is opgenomen op de OHC-unit.
- *Toeslag post-ic high care* (190152)
Er is sprake van post-ic high care als aansluitend aan een opname op de neonatale intensive care (NICU) noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. De post-ic high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum. De zorgactiviteit wordt naast een reguliere verpleegdag vastgelegd voor iedere dag dat de patiënt is opgenomen op een post-ic high care bed.
- *Beoordeling door landelijk erkend expertisecentrum van aanvraag start/continuering groeihormoonbehandeling* (190298)
Het beoordelen van een aanvraag voor het starten of continueren van een groeihormoonbehandeling bij kinderen. De beoordeling vindt plaats door een landelijk erkend (d.w.z. erkend door de minister van VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars), onafhankelijk expertisecentrum. Ten behoeve van deze beoordeling levert de instelling de benodigde informatie aan het expertisecentrum aan.
- *Klinische zorgdag in de thuissituatie* (190228)
Een klinische zorgdag in de thuissituatie is een te registreren kalenderdag, met alle door het ziekenhuis geleverde zorg, die niet in andere zorgactiviteiten is beschreven. Deze kalenderdag is te beschouwen als een klinische opname in de thuissituatie. De klinische opname in de thuissituatie bestaat uit een episode van klinische zorg in de thuissituatie met minimaal één overnachting. De te registreren periode loopt vanaf de opname in de thuissituatie tot en met de dag van ontslag of dag voor overplaatsing naar een klinische setting in een instelling. De dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag worden beide aangemerkt worden als een te

registreren kalenderdag. Bij overplaatsing naar een klinische setting in een instelling wordt op de dag van overplaatsing geen klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

- *Toeslag verblijf hooggebergte per dag - complex chronische longaandoeningen (193289)*
Deze prestatie wordt gedeclareerd per verpleegdag in een centrum voor complex chronische longaandoeningen (CCL) als sprake is van intensieve longrevalidatie op een hoogte van 1500 meter of hoger. Deze prestatie wordt per patiënt maximaal éénmaal per kalenderdag gedeclareerd op dezelfde dag waarop voor deze patiënt een verpleegdag is geregistreerd.
- *Telemonitoring (039133)*
Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt in het kader van een medisch-specialistische behandeling.
 - a. De monitoring bevat meerdere meetmomenten per jaar en omvat twee onderdelen, te weten:
 - het door de zorgverlener geautomatiseerd of aan de hand van digitale vragenlijsten verzamelen van klinische gegevens van de patiënt, die met toestemming van de patiënt of diens (wettelijke) vertegenwoordiger beschikbaar worden gesteld aan de zorgverlener. Het beschikbaar stellen van deze gegevens geschiedt via een mobiele device of digitale zorgapplicatie;
 - interpretatie van de gegenereerde en opgeslagen gegevens van de patiënt, door of onderverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.
 - b. De start van de telemonitoring is de eerste kalenderdag waarop voor de telemonitoring data worden verzameld. De zorgactiviteit wordt maximaal één keer per 120 dagen geregistreerd. Registratie van deze zorgactiviteit is slechts toegestaan, indien de toepassing van telemonitoring herleidbaar is uit het medisch dossier. Registratie van de zorgactiviteit telemonitoring vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de activiteit geregistreerd. Bij een onderbreking van telemonitoring vanwege een klinische opname – met verpleegdagen of een klinische zorgdag in de thuissituatie – korter dan 120 dagen, blijven de registratieregels met betrekking tot telemonitoring van toepassing.
 - c. Telemonitoring bij patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen kan per aandoening worden geregistreerd, mits het hierbij gaat om verschillende parameters of meetwaarden. Indien bij meerdere (chronische) aandoeningen dezelfde parameters of meetwaarden bij hetzelfde medisch specialisme gebruikt worden, valt dit onder de registratie van dezelfde telemonitoring.
 - d. Telemonitoring vervangt reguliere medisch-specialistische zorg. Bij de prestatie voor telemonitoring geldt dat het om toepassingen gaat, die een alternatief vormen binnen een regulier zorgpad bij (veelal) chronische aandoeningen.
- *Moleculaire diagnostiek (050541 t/m 050544, 050548 en 050549)*
Per inzending worden de zorgactiviteitscodes (MD1 t/m MD5) voor moleculaire diagnostiek geregistreerd, die vanuit kwaliteit, doelmatigheid en rechtmatigheid het best passende antwoord geven op de zorgvraag. Afhankelijk van de toegepaste techniek en het aantal genen dat wordt onderzocht, leidt dit tot één specifieke zorgactiviteitscode. Per inzending kunnen meerdere codes worden gebruikt dan wel onderzoeken worden gedaan, die met het oog op de transparantie separaat worden geregistreerd. Het registreren van meerdere zorgactiviteitscodes per inzending is mogelijk, als dit vanuit kwaliteit en doelmatigheid noodzakelijk is. De zorgactiviteitscodes beschrijven verzekerde zorg. Onverzekerde zorg kan niet via deze zorgactiviteiten worden geregistreerd.
- *Proactieve zorgplanning (190099)*
Het vroegtijdig bespreken van wensen en grenzen in de palliatieve fase uitmondend in een individueel, transmuraal met betrokken zorgverleners afgestemd en gedeeld zorgplan. De prestatie omvat de volgende onderdelen:

a. alle gesprekken met betrekking tot proactieve zorgplanning tussen een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt of diens vertegenwoordiger over de gewenste passende zorg en medische behandeling, doelen en voorkeuren in de palliatieve fase;

b. het transmuraal delen van het zorgplan met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve fase, waaronder in ieder geval de huisarts; en

c. het vastleggen in het medisch dossier van:

- de gesprekken bedoeld onder a; en
- het delen van het zorgplan met de zorgverleners bedoeld onder b.

Het is niet toegestaan om een polikliniekbezoek of consult op afstand te registreren voor gesprekken die onderdeel uitmaken van de prestatie proactieve zorgplanning.

Als uitvoerdatum van dit overig zorgproduct (190099) geldt de dag waarop het eerste gesprek in het kader van proactieve zorgplanning plaatsvindt. Aan dit eerste gesprek gaat de markering van het begin van de palliatieve fase vooraf. Daarmee maakt deze markering geen onderdeel uit van de prestatie proactieve zorgplanning.

- *Verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229)*

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

6. *Werkpakket screening transplantatie (192121 t/m 192127)*

Deze werkpakketten bestaan uit bepalingen ten behoeve van het screenen en typeren van ontvangers of levende donoren bij orgaantransplantatie. Deze bepalingen worden uitgevoerd in het kader van de besluitvorming voor verschillende vormen van orgaantransplantatie, door gespecialiseerde laboratoria. Plaatsing op een wachtlijst valt ook onder besluitvorming. Alle uitgevoerde bepalingen in dit kader vormen een werkpakket.

Artikel 27. Overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek

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

a. Beeldvormende diagnostiek (voorkomend in de range 080001 t/m 089879)

Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek wordt verstaan alle handelingen (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

b. Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079995)

- *Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)*

Tarief ter dekking van afname-, registratie- en declaratiekosten van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aannames (urine, feces, et cetera met uitzondering van bloed) verstaan.

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

Tarief ter dekking van registratie- en declaratiekosten bij bloedonderzoek.

- *Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990)*

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

- *Huisbezoek* (079986 en 079987)
Huisbezoek bij de patiënt voor afname van patiëntmateriaal. Deze prestaties mogen naast de prestatie 'ordertarief per afname' (079991) gedeclareerd worden.
- *CLB-referentietarief* (079993)
Uitbesteding van de afname van patiëntmateriaal aan Sanquin. Deze prestatie wordt in rekening gebracht indien het zogenoemde referentietarief in rekening is gebracht.
- *Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen* (079988)
De uitvoering van programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van multidisciplinaire zorgverlening van patiënten met chronische aandoeningen onder behandeling van de huisarts door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium. Het tarief dient ter dekking van de kosten van de oproep, registratie van de diagnostiek volgens NHG-standaard en rapportage (waaronder feedback en benchmarking) naar de huisarts.
- *Sperma onderzoek* (070801, 078013 en 078110)
Voor de overige zorgproducten sperma onderzoek geldt dat als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog naar aanleiding van een consult op het fertiliteitssprekuur van de vrouw, verwijzing van de eerste lijn niet noodzakelijk is.

c. Pathologie (050516 t/m 050523, 050546 en 050547)

Onder een pathologie onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels (histologie) of celmateriaal en vochten (cytologie) die binnen één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan, geldt één specifieke declaratiecode. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen aanvragers uit de eerste en tweede lijn. In afwijking tot bovenstaande geldt voor huidpreparaten één code per inzending, met uitzondering van MOH's en neoplasie met schildwachtklier (waarvoor de algemene regel van één declaratiecode per onderzoek geldt). De declaratiecode wordt bepaald door de combinatie aard materiaal en ingreep. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën. Hierbij geldt:

- Declaratiecode 050516 = zwaarteklasse 1
- Declaratiecode 050517 = zwaarteklasse 2
- Declaratiecode 050518 = zwaarteklasse 3
- Declaratiecode 050519 = zwaarteklasse 4
- Declaratiecode 050520 = zwaarteklasse 5
- Declaratiecode 050521 = zwaarteklasse 6

Bij een inzending met een vriescoupe wordt, naast de basisdeclaratiecode voor de zwaartecategorie, een extra aparte code voor vriescoupe geregistreerd.

Voor moleculaire diagnostiek op verzoek van de eerste lijn of een niet dbc-registrerend specialisme gelden de declaratiecodes 'Pathologisch onderzoek - eenvoudige moleculaire diagnostiek op weefsels of cellen op beperkt aantal genen of micro-organismen op verzoek 1e lijn of niet dbc-registrerend specialisme (excl. HPV, zie 050513)' (050546) en 'Pathologisch onderzoek - complexe moleculaire diagnostiek op weefsels of cellen op verzoek van 1e lijn of een niet dbc-registrerend specialisme' (050547).

d. Meedenkadvies eerste lijn (190070)

Een prestatie voor de inzet van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert binnen de medisch specialistische zorg, op aanvraag van de huisarts. De prestatie omvat:

- a. het interpreteren van de casus;
- b. het opstellen van een integraal advies dat in ieder geval de volgende elementen omvat:
 - uitleg en onderbouwing van het advies;
 - de (gegevens van de) aanvragend zorgverlener;
 - de voor de zorg/adviesvraag noodzakelijke patiëntgegevens met datum van de aanvraag;
 - naam, functie en specialisme van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en die het advies heeft gegeven;
- c. het ter beschikking stellen van dit advies aan de huisarts, zonder direct patiëntcontact.

Het advies stelt de huisarts in staat om, waar mogelijk, de zorgvraag van de patiënt zelf verder af te handelen zonder dat doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is.

Artikel 28. Overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek

1. Voor de overige zorgproducten ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek, orthoptie, optometrie en oefentherapie is vanwege directe toegang verwijzing vanuit de eerste lijn niet noodzakelijk.

2. Voor een aantal producten in de categorie paramedische behandeling en onderzoek zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.

a. Diëtetiek (192841, 192987 t/m 192998)

De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek. Op de regel dat er per dag per patiënt maximaal één prestatie in rekening gebracht mag worden, geldt aanvullend als uitzondering dat eenzelfde prestatie vaker in rekening gebracht mag worden indien dit noodzakelijk is omdat de prestatie per kwartier gedeclareerd wordt.

b. Voedingsvoorlichting (290162)

Per zorgverlener is het lokaal overeengekomen tarief voor voedingsvoorlichting van toepassing. Dit tarief mag per medewerker per uur voor voedingsvoorlichting in rekening worden gebracht.

c. Ergotherapie (190941, 190962, 192928, 192934 t/m 192938, 192940 t/m 192945, 192947 t/m 192950, 193012, 193013 en 193084)

De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie. Op de regel dat er per dag per patiënt maximaal één prestatie in rekening gebracht mag worden, geldt aanvullend als uitzondering dat eenzelfde prestatie vaker in rekening gebracht mag worden indien dit noodzakelijk is omdat de prestatie per kwartier gedeclareerd wordt.

d. Fysiotherapie (192933, 192984, 192985, 192999, 193000 t/m 193025, 193027 t/m 193029, 193081, 193087, 193088 en 193096)

De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie.

e. Logopedie (192932, 192970 t/m 192980, 192983, 192986, 193021 t/m 193024 en 193090 t/m 193094)

De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie.

f. Oefentherapie (192931, 192951 t/m 192953, 192955 t/m 192958, 192960 t/m 192967, 192969, 193033 t/m 193037)

De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie.

g. Optometrie (192848 en 192849)

- *Eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848)*
Een zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste diagnostisch consult door de optometrist bij een nieuwe zorgvraag.
- *Voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849)*
Een zorgactiviteit voor het registreren van (diagnostische) herhaalconsulten door de optometrist bij een bestaande zorgvraag.

Het *Eerste optometrisch onderzoek (binoculair) (192848)* of de *Voortgezette optometrische behandeling per bezoek (binoculair) (192849)* wordt uitgevoerd door een optometrist die de patiënten ziet op een optometrisch spreekuur.

h. Orthoptie (039813, 039814, 192855, 192856 en 192858)

- De screening (intake) orthoptie (192855), het orthoptisch onderzoek (039813 en 192856) of de behandeling (039814) wordt uitgevoerd door een orthoptist die de patiënten ziet op een orthoptisch spreekuur, met uitzondering van een voortgezette standaard orthoptische behandeling op afstand (192858).
- *Screening (intake) orthoptie (192855)*
Screening (intake) is een eerste consult van een orthoptist met een patiënt die zonder verwijzing van een arts naar de zorgaanbieder gaat. Gedurende de intake inventariseert de zorgaanbieder de zorgvraag, bepaalt of er een indicatie is voor verder orthoptisch onderzoek, gaat na of er geen contra-indicaties zijn en informeert of adviseert de patiënt.
- *Eerste orthoptisch onderzoek (039813)*
Tijdens het eerste orthoptische onderzoek vindt een nadere anamnese plaats, wordt de diagnose gesteld, het behandelplan opgesteld en besproken met de patiënt. Verder vindt er verslaggeving plaats richting de verwijzer (indien deze aanwezig is).
- *Voortgezette standaard orthoptische behandeling, per bezoek (039814)*
Tijdens dit herhaalcontact met de orthoptist wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is).
- *Voortgezette standaard orthoptische behandeling op afstand (192858)*
Tijdens dit herhaalcontact met de orthoptist wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is). Dit contact op afstand dient ter vervanging van een voortgezette standaard orthoptische behandeling op het orthoptisch spreekuur en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur vergelijkbaar te zijn.
- *Uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek (192856)*
Tijdens een vervolg orthoptisch onderzoek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt met de patiënt besproken en er vindt verslaggeving richting de verwijzer plaats (indien deze aanwezig is). Van een uitgebreid vervolg orthoptisch onderzoek is sprake wanneer bij patiënten aantoonbaar uitgebreid orthoptisch onderzoek plaatsvindt op het gebied van motiliteit, sensoriek of objectieve refractie bepaling (skiascopie).

i. Poliklinische bevalling (190043 t/m 190048)

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

- Het tarief van deze overige zorgproducten is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. De tarieven van de overige zorgproducten 190043, 190045, 190047 zijn inclusief de kosten van partusassistentie.
- Aanvullend hierop geldt:
 - *Poliklinische bevalling zonder medische indicatie* (190043 en 190044)
Een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.
 - *Poliklinische bevalling op medische indicatie* (190045 en 190046)
Een bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.
 - *Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie* (190047 en 190048)
Een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding, waarbij thuisbevalling niet mogelijk is:
 - als gevolg van een capaciteitstekort in kraamzorg/ verloskunde; en/of
 - vanwege geografische criteria, woon- en bijzondere omstandigheden; en/of
 - vanwege psychosociale criteria.

Artikel 29. Overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen

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

1. *Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg* (199871 t/m 199875, 199881 t/m 199886, 199891 t/m 199897, 199903 t/m 199907)

Deze overige verrichtingen mogen alleen gedeclareerd worden indien er onverzekerde zorg in combinatie met verzekerde zorg wordt geleverd tijdens de looptijd van een subtraject. Indien binnen de looptijd van een subtraject uitsluitend onverzekerde of verzekerde zorg wordt geleverd, dan wordt gebruik gemaakt van reguliere zorgactiviteiten die binnen het subtraject worden vastgelegd.

2. *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.

3. *MKA-chirurgische verrichtingen* (230000 t/m 239962)

a. De MKA-chirurgische verrichtingen omvatten zowel de voorbehandeling als de verrichting zelf, ongeacht of deze in één of meer zittingen plaatsvinden. Voor het poliklinisch behandelen van complicaties die het gevolg zijn van de uitgevoerde MKA-chirurgische verrichting, mag een aparte verrichting voor de complicatiebehandeling in rekening gebracht worden, mits dit niet dezelfde verrichting is als de oorspronkelijke ingreep. Indien er géén aparte verrichting voor de complicatiebehandeling bestaat of in rekening gebracht kan worden, mag een herhaalconsult in rekening worden gebracht.

b. *Eerste consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie* (234001)

Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert, inclusief uitgebreid onderzoek. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling te worden beschouwd. Hiervoor wordt geen apart consult vastgelegd.

c. *Herhaalconsult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie* (234002)

Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert.

d. Consult op afstand mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234004)

Een consult bij mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie waarbij een patiënt voor een zorgvraag op afstand (screen-to-screen, telefonisch of schriftelijk) een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert. Dit consult op afstand dient ter vervanging van een face-to-face herhaalconsult (234002) en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur vergelijkbaar te zijn. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

e. Preventieve parodontale behandeling (verrichting 234027 en 234028)

Het gaat hierbij uitsluitend om gehospitaliseerde patiënten bij wie deze behandeling geïndiceerd is en die verwezen zijn door de behandelende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Ook patiënten bij wie preventieve parodontale behandeling noodzakelijk en urgent is en die redelijkerwijs niet verwezen kunnen worden naar de eerste lijn vallen hieronder.

Hierbij valt te denken aan:

- a. patiënten die chemotherapie en/of radiotherapie (moeten) ondergaan;
- b. patiënten in afwachting van openhartchirurgie;
- c. patiënten met HIV/aids;
- d. patiënten in afwachting van nierdialyse;
- e. patiënten bij wie een transplantatie moet geschieden.

f. Kleine verrichtingen (234084)

In het maximumtarief van kleine verrichtingen (234084) zijn begrepen onderstaande verrichtingen en onderzoeken:

- a. behandeling van kleine verwondingen zonder excisie en hechten;
- b. operatief wondtoilet (niet als nabehandeling van eigen ingreep);
- c. uitgebreide proefexcisie en biopsieën, voor zover niet afzonderlijk in de vastgestelde tarieven vermeld;
- d. intraveneuze injecties, gewrichtspuncties en gewrichtsinjecties (géén contrastvloeistof);
- e. oprekken of manipuleren van het kaakgewricht;
- f. het verwijderen van briden;
- g. behandeling van nabloedingen;
- h. abcesbehandeling;
- i. gingiva-excisies;
- j. verwijdering van kleine fibromen en epuliden;
- k. opheffen van kleine occlusie- en articulatiestoornissen;
- l. verwijdering van een solitaire exostose;
- m. gingivitis- en stomatitisbehandeling (acute ontstekingsfase);
- n. onderzoek op focale infectie, vitaliteits- en sensibiliteitstest;
- o. fistulografie;
- p. neurolyse door middel van injecties.

g. Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044)

De fractuurbehandeling door middel van fixation external wordt gelijkgesteld aan een operatieve fractuurbehandeling. Indien de fractuurbehandeling niet tot consolidatie leidt en klinische, röntgenologische en/of andere onderzoeken de diagnose pseudo-artrose doen stellen, dan wordt de eerdere behandeling als afgesloten beschouwd (in de betekenis van volledige behandeling).

h. Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)

Onder een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) wordt verstaan: Een apparaat waarmee de onderkaak gedwongen van positie verandert met als doel de bovenste luchtwegen te verruimen en/of snurken te beperken.

In de prestatie MRA en het bijbehorende tarief is inbegrepen:

- a. het maken van afdrukken;
- b. de registratie (ongeacht de methode);
- c. het plaatsen van het apparaat, inclusief het aanbrengen van kleine correcties en het geven van bijbehorende instructies omtrent het gebruik;
- d. nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van het MRA.

i. Vacatiegelden, per uur (230001)

Voor consulten buiten de werkgemeente geldt voor vacatiegeld een bedrag per uur, inclusief reis- en verblijfkosten, maar exclusief het tarief voor consult of verrichting(en).

j. Informatieverstrekking aan derden (239021)

Het op verzoek schriftelijk verstrekken van informatie over een patiënt aan een derde, niet zijnde een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar. De patiënt op wie het informatieverzoek betrekking heeft, moet toestemming hebben verleend voor het verstrekken van die informatie. De prestatie is een overig zorgproduct met een maximumtarief en betreft onverzekerde zorg. De zorgaanbieder die met gebruikmaking van deze prestatie informatie aan een derde verstrekt, brengt deze niet bij de patiënt of diens zorgverzekeraar in rekening, maar bij die derde (de verzoeker).

Deze prestatie wordt niet in rekening gebracht:

- als het een informatieverzoek betreft waarvoor bij enig wettelijk voorschrift is bepaald dat zorgaanbieders die informatie kosteloos ter beschikking moeten stellen; of
- voor een (later) gevraagde toelichting of verduidelijking op de verstrekte informatie.

k. Rapporten (239023, 239024)

Hieronder wordt niet verstaan een rapport aan een patiënt, zorgverzekeraar, behandelend arts, behandelend tandarts of behandelend tandartspecialist. Geldt tevens niet voor informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts.

l. Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231901)

Een aantal uren durende vorm van verpleging, op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, die op dezelfde dag plaatsvindt als een MKA-chirurgisch onderzoek of behandeling. Deze vorm van verpleging moet in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk zijn, in verband met het MKA-chirurgisch onderzoek en/of behandeling.

m. Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231902)

Voor de definitie van verpleegdag zie artikel 24 lid 29.

n. Techniekkosten

Onder techniekkosten wordt verstaan: de kosten voor de werkstukken vervaardigd door een tandtechnicus of in een tandtechnisch laboratorium (TTL) en de kosten voor werkstukken gevormd op basis van digitale technieken, zoals 3D-beeldvorming middels CAD-CAM-technieken. Indien de tandtechniek door derden wordt geleverd mogen de werkelijke kosten één-op-één worden doorberekend. De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de patiënt of diens verzekeraar de nota van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium te overleggen. Indien de zorgaanbieder de tandtechnische werkstukken zelf vervaardigt, is

deze verplicht aan de patiënt of diens verzekeraar de techniekkosten te specificeren conform de lijst van de NZa met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

4. Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen (119027 t/m 119063)

a. Rijbewijskeuringen (119027, 119060, 119061, 119062 en 119063)

Er zijn twee soorten rijbewijskeuringen, te weten: de gezondheidsverklaring (119027) en de mededelingenprocedure (119060 en 119061).

Bij een gezondheidsverklaring (119027) beoordeelt het CBR of een keurling gezond genoeg is om veilig aan het verkeer deel te nemen. De standaardprestatie voor de gezondheidsverklaring omvat maximaal 15 minuten directe tijd en maximaal 15 minuten indirecte tijd. Directe tijd is de tijd die de keuringsarts met de te keuren persoon doorbrengt in het kader van het onderzoek. Indirecte tijd is de tijd die de keuringsarts nodig heeft voor het inlezen in het dossier alsmede het opstellen van de rapportage.

Onder indirecte tijd wordt uitdrukkelijk niet verstaan werkzaamheden van financiële, administratieve of secretariële aard. In aanvulling op de standaardprestatie gezondheidsverklaring (119027) bestaan twee afzonderlijke toeslagprestaties: één voor directe tijd met een tijdsduur van maximaal 5 minuten (119062) en één voor indirecte tijd met een tijdsduur van maximaal 15 minuten (119063) waarmee - onder voorwaarden - toeslagen op de bestede directe en indirecte tijd in rekening mogen worden gebracht. Deze voorwaarden zijn opgenomen in artikel 34d lid 3. Een mededelingenprocedure (119060 en 119061) is een rijbewijskeuring op last van de politie of op verzoek van de behandelend arts. Hier bestaat een onderscheid tussen twee soorten keuringen, te weten: de mededelingenprocedure voor medische rijgeschiktheid (119060) en de mededelingenprocedure voor alcohol-, drugs- en gedragsproblematiek (119061). Deze prestaties kennen beide één standaardtarief waarin de kosten voor zowel alle directe als indirecte tijd zijn verdisconteerd. De mededelingenprocedure kent, in tegenstelling tot de gezondheidsverklaring, geen mogelijkheid tot het in rekening brengen van toeslagen.

b. Informatieverstreking aan derden (119053)

Het op verzoek schriftelijk verstrekken van informatie over een patiënt aan een derde, niet zijnde een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar. De patiënt op wie het informatieverzoek betrekking heeft, moet toestemming hebben verleend voor het verstrekken van die informatie. De prestatie is een overig zorgproduct met een maximumtarief en betreft onverzekerde zorg. De zorgaanbieder die met gebruikmaking van deze prestatie informatie aan een derde verstrekt, brengt deze niet bij de patiënt of diens zorgverzekeraar in rekening, maar bij die derde (de verzoeker).

Deze prestatie wordt niet in rekening gebracht:

- als het een informatieverzoek betreft waarvoor bij enig wettelijk voorschrift is bepaald dat zorgaanbieders die informatie kosteloos ter beschikking moeten stellen; of
- voor een (later) gevraagde toelichting of verduidelijking op de verstrekte informatie.

5. Stoppen-met-rokenprogramma (194276, 194277, 194278)

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

6. Regiefunctie complexe wondzorg (190287)

De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Het traject omvat in ieder geval de volgende onderdelen:

- het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een behandelplan;
- het bespreken van het behandelplan met de patiënt;
- kennisdeling en kennisverspreiding voor zorgprofessionals en met de patiënt;
- advies inzake leefstijlverbetering aan de patiënt;
- casemanagement, triage en afstemming met de medisch specialist en/of huisarts.

De prestatie wordt op patiëntniveau in rekening gebracht. Een nadere toelichting is te vinden in de Beleidsregel Regiefunctie complexe wondzorg.

7. Reiskosten (010905 en 010906)

- Voor hulp verleend door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert op een ander adres dan een praktijkadres van deze beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld aan huis van een patiënt) mogen de gemaakte reiskosten in rekening gebracht worden.
- Voor de reiskosten geldt een bedrag per kilometer volgens het Reisbesluit binnenland (code 010905), plus een bedrag per half uur voor de reistijd (code 010906).

8. SCEN-consultatie (130001)

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

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

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

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

Er is sprake van verpleging, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg in de thuissituatie indien is voldaan aan elk van onderstaande voorwaarden:

- Er is sprake van verpleegkundige handelingen, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg, met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. De verpleegkundige handelingen vinden plaats onder directe aansturing van de medisch-specialist;
- Er is een indicatiestelling aanwezig voor verpleging, noodzakelijk in de thuissituatie in verband met medisch-specialistische zorg, van de medisch specialist.
- Deze verpleging is geen onderdeel van een klinische zorgdag in de thuissituatie.
- Deze prestaties worden per uur gedeclareerd. Indien er minder dan een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt, dan wordt het tarief naar rato in rekening gebracht.

Onder 'thuissituatie' wordt verstaan:

- Een woonhuis, of
- Verblijf in een zorginstelling die zorg verleent waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 3.1.1 Wlz.

De verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, palliatieve terminale zorg of intensieve kindzorg valt niet onder deze prestatie.

10. Multidisciplinaire diagnostiek zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum (190001)

Multidisciplinaire diagnostiek gericht op een vermoeden van een complexe en/of zeldzame oogaandoening (vallend onder de definitie voor weesaandoeningen: prevalentie is minder dan 1 op 2000). De patiënt wordt door een medisch specialist voor diagnostiek overgedragen naar een gespecialiseerd centrum voor

zintuiglijk gehandicapten. De diagnostiek omvat oogheekkundig, orthoptisch, beeldvormend, functie- of elektrofyysiologisch en oogbewegingsonderzoek, inclusief adviesgesprek. De betrokken disciplines zijn: Oogarts, Klinisch Fysicus, Orthoptist, GZ-/Neuropsycholoog (190001)

11. Multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een Tertiair oogheekkundig centrum (190002)

Multidisciplinaire diagnostiek gericht op een vermoeden van cerebrale visusstoornissen: de patiënt wordt door een medisch specialist overgedragen voor diagnostiek naar een gespecialiseerd centrum voor zintuiglijk gehandicapten. De diagnostiek omvat onder meer oogheekkundig- en functieonderzoek en psychologisch en ergotherapeutisch onderzoek, inclusief multidisciplinair overleg en adviesgesprek. De betrokken disciplines, met een minimumaantal van drie disciplines, zijn: Oogarts, Orthoptist/Optometrist (minimaal één oogheekkundige discipline is verplicht), gz-psycholoog/Neuropsycholoog (verplicht), Maatschappelijk Werkende en Ergotherapeut (190002)

12. Nabij patiënt trombosediensttest (NPT) (per kwartaal) (190259)

Bij Nabij patiënt trombosediensttesten (NPT) verrichten de medewerkers van een zorgaanbieder zelf de bloedafname en bepalen de stollingstijd (onder verantwoordelijkheid en training van de trombosedienst). De resultaten van de meting, de eventuele bijzonderheden en de doseervoorstellen worden uitgewisseld met de trombosedienst. Het tarief voor NPT bestaat uit één tarief dat door de trombosedienst per kwartaal in rekening mag worden gebracht. De trombosedienst stemt de verrekening van het tarief af met de betreffende zorgaanbieder. De NPT-prestatie wordt gebruikt voor Wlz-cliënten die in een Wlz-instelling verblijven en geen behandeling ontvangen of Wlz-cliënten die hebben gekozen voor de leveringsvormen PGB, MPT en VPT.

13. Geprotocolleerde thuisvoorlichting nierfunctie vervangende behandelingen (192050)

De prestatie betreft alle activiteiten voor geprotocolleerde thuisvoorlichting, inclusief benadering, kennismaking en groepsvoorlichting over nierfunctie vervangende behandelingen. De geprotocolleerde thuisvoorlichting gebeurt onder verantwoordelijkheid van het nierteam aan huis of op een andere gewenste locatie (buiten het ziekenhuis).

14. Geavanceerd ultrageluid – groep 1, inclusief bespreking van de uitslag (191117) en Geavanceerd ultrageluid – groep 2, inclusief bespreking van de uitslag (191118)

Het Geavanceerd ultrageluidonderzoek betreft echo-onderzoek van het ongeboren kind. Er wordt onderscheid gemaakt tussen geavanceerd ultrageluidonderzoek bij zwangeren met een a priori verhoogde kans op een kind met (erfelijke) aangeboren afwijkingen (groep 1) en geavanceerd ultrageluidonderzoek bij een vermoede structurele afwijking van de baby bij voorafgaand prenataal onderzoek (groep 2). De prestatie omvat alle activiteiten omtrent het geavanceerd ultrageluid onderzoek en de bespreking van de uitslag van het onderzoek.

Hoofdstuk V Afleiden

Artikel 30. Regels afleiden

1. De zorgverlener zorgt ervoor dat de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden uitsluitend zorgactiviteiten bevat die zijn gekoppeld aan een subtraject ter beantwoording van een zorgvraag van de patiënt met inachtneming van de bepalingen van deze regeling.
2. Een grouper als bedoeld in het eerste lid, voldoet aantoonbaar aan de volgende voorwaarden en specificaties:
 - a. een grouper komt alleen tot afleiding als de input valide is;
 - b. een grouper past geen zorgactiviteiten of typering van subtrajecten aan;
 - c. een grouper leidt op basis van de ingevoerde declaratiedataset af conform de door de NZa vastgestelde tabellen en beslisbomen. In 'Toelichting regels afleiding' (bijlage bij deze regeling) is opgenomen hoe deze afleiding plaatsvindt;
 - d. een grouper verwijdert de informatie bij een declaratieaanvraag nadat de aanvraag volledig behandeld is;
 - e. de gegevensverwerking van door zorgaanbieders aangeleverde data door een grouper wordt niet gelogd en is voor personen buiten de zorgaanbieder om niet reproduceerbaar;
 - f. er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, zodat achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd;
 - g. een grouper voorziet in een functionaliteit om proefaanleveringen en bepalingen van onderhanden werk te onderscheiden van aanleveringen ten behoeve van declaratie aan zorgverzekeraars;
 - h. er bestaat een formele gestandaardiseerde procedure voor de communicatie en uitlevering van nieuwe versies van stamtabellen of softwarespecificaties. Hierin is altijd inzichtelijk welke stamtabellen en specificaties toegepast zijn.
3. Van een gedeclareerd dbc-zorgproduct moet altijd, middels een hash-functionaliteit, traceerbaar zijn dat het is afgeleid door een bepaalde grouper.
4. De zorgverlener gebruikt voor de afleiding uitsluitend een grouper die jaarlijks door een onafhankelijke derde, aangesloten bij NOREA dan wel een vergelijkbare organisatie, geauditeerd is ter beoordeling van een betrouwbare en continue werking. De audit wordt jaarlijks voor 1 april over het voorgaande jaar uitgevoerd. De audit toetst aan de hand van het document 'Toetsingskader grouper'. Deze toetsing vindt plaats als onderdeel van de toetsing op de betrouwbare en continue werking van de grouper. De audit wordt uitgevoerd volgens de richtlijn assurance rapport betreffende interne beheersingsmaatregelen bij een serviceorganisatie (ISAE 3402 type II). Op basis van deze audit is gegarandeerd dat een grouper een juiste en verifieerbare afleiding verzorgt.

Hoofdstuk VI Declareren en betalen

Artikel 31. Algemene declaratiebepalingen

1. Ten aanzien van de artikelen in dit hoofdstuk gelden de navolgende uitgangspunten:

a. voor zover in de artikelen van hoofdstuk VI wordt gesproken over zorgaanbieders wordt, tenzij anders bepaald, bedoeld op instellingen of solisten.

b. het in rekening brengen (declareren) van een integraal tarief voor een geleverd dbc-zorgproduct of een overig zorgproduct aan een zorgverzekeraar of patiënt is exclusief voorbehouden aan zorgaanbieders verantwoordelijk voor het afhandelen van de zorgvraag of factureringsbedrijven die namens deze zorgaanbieders declareren.

2. In aanvulling op het eerste lid geldt voor instellingen dat zij in het bezit zijn van een toelatingsvergunning als bedoeld in artikel 4 van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), tenzij zij behoren tot een categorie die bij of krachtens deze wet is uitgezonderd van de verplichting om over een toelatingsvergunning te beschikken.

3. In aanvulling op het eerste lid geldt voor solisten dat zij in het bezit zijn van een individuele tariefbeschikking, die op grond van een individuele aanvraag volgens de procedure zoals beschreven in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg door de NZa is afgegeven. De solist voldoet aan de vereisten zoals opgenomen in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.

4. De zorgaanbieder declareert in één declaratie het totale, integrale tarief van het dbc-zorgproduct. Onderdeel van dit tarief is, voor zover van toepassing, een tussen de instelling en vrijgevestigd medisch specialist/kaakchirurg, dan wel diens rechtsgeldige vertegenwoordiger, overeengekomen vergoeding voor diens aandeel in het geleverde en in rekening gebrachte dbc-zorgproduct.

5. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct.

6. Declaratiebepalingen geneesmiddelen

a. De instelling die een geneesmiddel toedient/verstrekt aan de patiënt, waarbij het geneesmiddel op het moment van toediening/verstrekking valt onder de aanspraak geneeskundige zorg (als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering), declareert dit geneesmiddel. .

b. In afwijking van het gestelde onder a geldt dat een geneesmiddel dat bij de desbetreffende indicatie uitsluitend valt onder de aanspraak geneeskundige zorg, of een geneesmiddel voor de behandeling van HIV, wordt gedeclareerd door de zorgaanbieder die de patiënt voor de toepassing van deze geneesmiddelen behandelt en waarvan de zorg die op deze geneesmiddelen betrekking heeft niet is overgenomen door een andere zorgaanbieder.

c. Declaratie van geneesmiddelen bedoeld onder a en b geschiedt als onderdeel van een dbc-zorgproduct, of via een aparte declaratietitel indien voor het betreffende geneesmiddel een add-on is vastgesteld en deze is opgenomen in de G-standaard.

d. Als uitzondering op het bepaalde in artikel 31 lid 6 onderdeel c van deze regeling kan een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat niet voorradig is, worden vervangen door een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning is afgegeven buiten Nederland. Het gaat in dat geval om een geneesmiddel dat dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte bevat. Het vervangende geneesmiddel met een buitenlandse registratie wordt met het ZI nummer van het Nederlandse product gedeclareerd.

e. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren worden per verstrekking gedeclareerd. Meerdere verstrekkingen van een geneesmiddel op één dag leiden dus tot meerdere declarabele prestaties, ongeacht de indicatie(s) waarvoor het geneesmiddel wordt verstrekt.

f. Geneesmiddelen mogen alleen in rekening worden gebracht indien deze zijn verstrekt/toegediend aan de patiënt.

g. Om dubbele bekostiging te voorkomen, mogen eventuele nog bruikbare geneesmiddelen die na deze verstrekking retour worden genomen door de (ziekenhuis)apotheek en opnieuw worden verstrekt aan een andere patiënt, alleen in rekening worden gebracht bij (de zorgverzekeraar van) de laatste patiënt die het geneesmiddel ontvangt.

Artikel 32. Onderlinge dienstverlening

1. Bij onderlinge dienstverlening wordt alleen door de opdrachtgever een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar of de patiënt.

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

3. Vervallen

4. De bepalingen in het eerste en tweede lid zijn niet van toepassing op Wbmv-zorg indien alleen de opdrachtnemende zorgaanbieder een Wbmv-vergunning heeft voor het uitvoeren van de zorg.

5. Indien een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in meerdere instellingen werkzaam is en de patiënt vanuit de initiële instelling naar zichzelf verwijst in een andere instelling, wordt de geleverde zorg in de andere instelling via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht bij de initiële instelling.

6. De verplichting genoemd in het vorige lid om zorg via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen bij de initiële instelling, geldt niet indien:

a. de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de zorgvraag en die vanuit een categorale instelling voor gespecialiseerde zorg is gedetacheerd in een ziekenhuis en de patiënt vanuit dat ziekenhuis verwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg, waarin dezelfde beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert de patiënt (verder) zal behandelen.

b. de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de patiënt met een (hoog)complexe zorgvraag, vanuit de initiële instelling verwijst naar een andere instelling waar dezelfde beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat de benodigde behandelafaciliteiten, kennis of kunde in de initiële instelling ontbreken.

c. de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de zorgvraag, de patiënt vanuit de initiële instelling verwijst naar een andere instelling waar dezelfde beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat de zorg waar de zorgvraag van de patiënt betrekking op heeft door diens zorgverzekeraar niet gecontracteerd is bij de initiële instelling, maar wel bij die andere instelling.

d. de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de zorgvraag, de patiënt vanuit de initiële instelling verwijst naar een andere instelling waar dezelfde beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat beide hiervoor genoemde instellingen met betrekking tot de zorgvraag van de patiënt een geformaliseerde vorm van samenwerking met elkaar hebben. Ook het terugverwijzen naar de initiële instelling kan onderdeel zijn van deze geformaliseerde samenwerking. Deze uitzondering is slechts mogelijk onder de voorwaarde dat de zorgverzekeraar(s) waarmee de samenwerkende instellingen contractafspraken maken, hier aanvullende afspraken over maken en deze vastleggen in het contract (contractvereiste).

7. Indien een acute zorgvraag wordt behandeld in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is, wordt een dbc-zorgproduct in rekening gebracht door de instelling waar de acute zorgvraag wordt behandeld. Onderlinge dienstverlening is dan niet van toepassing.

8. Indien zorg wordt verleend door een andere instelling in het kader van een second opinion wordt een dbc-zorgproduct in rekening gebracht door de instelling die de second opinion heeft uitgevoerd. Onderlinge dienstverlening is dan niet van toepassing.

9. In het kader van onderlinge dienstverlening leveren de betrokken zorgaanbieders elkaar de daarvoor benodigde persoonsgegevens aan.

Artikel 33. Declaratiebepalingen voor dbc-zorgproducten

1. Het dbc-zorgproduct wordt gedeclareerd bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op de startdatum van het dbc-zorgproduct is verzekerd.
2. Een zorgaanbieder mag een dbc-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de in deze regeling vastgestelde registratiebepalingen en voldaan is aan de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten uit de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.
3. Bij declaratie van een dbc-zorgproduct vermeldt de zorgaanbieder het subtrajectnummer.
4. Declaratie van parallelle dbc-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de 'Diagnose Combinatie Tabel' (bijlage bij deze regeling).
5. De declaratie van een dbc-zorgproduct heeft een zegel (hash-code) waaruit blijkt dat deze door een grouper is afgeleid.
6. Het tarief voor uitname van een orgaan bij een levende orgaandonor, mag in rekening worden gebracht bij de verzekeraar van en op naam van de ontvanger van het orgaan.
7. Wanneer een poortspecialist en/of een SEH-arts en/of een verpleegkundig specialist en/of een physician assistant en/of een klinisch verloskundige samen één zorgvraag behandelen, dan wordt hiervoor één dbc-zorgproduct gedeclareerd.
8. Wanneer een cardioloog en een cardiochirurg samen een AICD-implantatie uitvoeren, dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
9. Een SKION dbc-zorgproduct (990116022 t/m 990116056) mag niet in combinatie met een ander dbc-zorgproduct kindergeneeskunde (dbc-zorgproductgroep 990116) worden gedeclareerd.
10. Wanneer een kinderarts en een neuroloog beiden een deel van de diagnostiek en/of behandeling uitvoeren van epilepsie (dbc-zorgproductgroep 069899) of van eenzelfde zorgvraag voor kinderneurologie (dbc-zorgproductgroep 991630), dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct uit de betreffende dbc-zorgproductgroep worden gedeclareerd.
11. Wanneer een internist en een longarts beiden een deel van de diagnostiek en/of behandeling uitvoeren van tuberculose (dbc-zorgproducten 019999052 t/m 019999058) of pneumonie (dbc-zorgproducten 109999067 t/m 109999074), dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
12. Wanneer een internist en/of een kinderarts en/of een radiotherapeut samen een patiënt screenen op de late effecten van de behandeling van kanker of stamceltransplantatie bij niet-maligne aandoeningen (dbc-zorgproducten 219899046 t/m 219899049), dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.
13. Een dbc-zorgproduct voor traumaopvang volgens ATLS protocol (182199051, 182199055, 182199056 en 182199057) mag per instelling door één specialisme worden gedeclareerd.
14. Een initieel SKION dbc-zorgproduct wordt per SKION-stratificatie door één instelling in rekening gebracht.
15. Voor het in rekening brengen van dbc-zorgproducten voor complex chronische longaandoeningen (zorgproductgroep 990022) geldt het volgende:
 - Een dbc-zorgproduct voor behandeling wordt alleen in rekening gebracht, indien voldaan wordt aan de afbakeningscriteria zoals opgenomen in het document 'Afbakeningscriteria complex chronische longaandoeningen' van de Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose.
 - Parallel aan een dbc-zorgproduct uit de zorgproductgroep voor CCL (990022) wordt door dezelfde of een andere instelling geen ander dbc-zorgproduct voor CCL (zorgproductgroep 990022) in rekening gebracht.

- Parallel aan een dbc-zorgproduct uit de zorgproductgroep voor CCL (990022) wordt door de instelling geen ander dbc-zorgproduct met dezelfde diagnose gedeclareerd.

16. Zodra zorg vanuit het traject Voorwaardelijke Toelating instroomt in het basispakket, zijn de prestaties behorende bij dit traject niet langer beperkt tot de declaratie van deze zorg in studieverband. Bijbehorende prestaties mogen vanaf dan buiten studieverband gedeclareerd worden, totdat de NZa de bekostiging hierop heeft aangepast.

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

Artikel 34. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

1. Een overig zorgproduct wordt gedeclareerd bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op het moment van de uitvoerdatum van het overige zorgproduct is verzekerd.

2. Een zorgaanbieder mag een overig zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de in deze regeling vastgestelde registratiebepalingen en voldaan is aan de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten/overige zorgproducten zoals omschreven in (de bijlagen van) deze regeling.

3. Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijnsdiagnostiek en paramedische behandeling en onderzoek, mag alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:

- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerste lijn, waarbij dit overige zorgproduct niet op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject voor dezelfde zorgvraag; of
- Een verzoek voor het uitvoeren van een overig zorgproduct uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek van een Wlz-behandelaar. Waarbij de beoordeling van de diagnostiek in de tweede lijn plaatsvindt en waarbij dit overig zorgproduct niet op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject voor dezelfde zorgvraag; of
- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme waarvoor de dbc-systematiek niet geldt; of
- Paramedische zorg die geen onderdeel uitmaakt van een medisch specialistische behandeling; of
- Paramedische zorg die wel onderdeel uitmaakt van een medisch specialistische behandeling, maar waarvoor geen dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden.

4. Een door de NZa vastgestelde facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg (overig zorgproduct) wordt uitsluitend in rekening gebracht door zorgaanbieders die over deze prestatie een schriftelijke overeenkomst hebben gesloten met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt (contractvereiste).

5. Een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg (overig zorgproduct) wordt in rekening gebracht met inachtneming van de voorwaarden, voorschriften en beperkingen in de afzonderlijke prestatiebeschrijvingsbeschikking waarmee die facultatieve prestatie is vastgesteld. Deze prestatiebeschrijvingsbeschikkingen zijn te raadplegen op de NZa-website.

Artikel 34a. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten

1. Een overig zorgproduct uit de categorie supplementaire producten mag naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.

2. Een add-on mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'eerder dan declaratie van het dbc-zorgproduct' worden gedeclareerd.

3. Een add-on ic wordt per kalenderdag gedeclareerd

4. Een add-on dialyse toeslag op de ic (190156) mag alleen in combinatie met een ic-dag (190157 of 190158) worden gedeclareerd. Een add-on dialysetoeslag mag dus niet in combinatie met een add-on voor de neonatale ic en de pediatrische ic (190150 of 190151) worden gedeclareerd.

5. Bij declaratie van een add-ongeneesmiddel wordt het zorgtrajectnummer van het zorgtraject waarop het betrekking heeft meegestuurd.

6. Bij declaratie van een add-on ic wordt het subtrajectnummer van het zorgproduct waarop het betrekking heeft meegestuurd. Indien er sprake is van een add-on ic met zorgtype 52 wordt het (eigen) subtrajectnummer meegestuurd.

7. Als er geen contractuele overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar over de zwaarte van de te declareren behandeldagen (ic-dag type 1 of 2 met zorgactiviteitcodes 190157 of 190158), mag alleen de ic-dag type 1 in rekening worden gebracht.

8. De toeslag ECMO mag alleen in rekening gebracht worden als op een kalenderdag op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op neonatale ic of pediatrische ic. De ECMO-prestatie mag als zijnde een toeslag naast de Neonatale intensive care of Pediatrische intensive care gedeclareerd worden.

9. Alleen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten, die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van artikel 8 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) als zodanig zijn aangewezen, mogen ozp-stollingsfactoren voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten in rekening brengen. Bij de declaratie van ozp-stollingsfactoren voor overige indicaties geldt deze beperking van aangewezen centra niet.

In afwijking van de inwerkingtredingsdatum van deze regeling, treedt de inhoud van lid 9 van dit artikel met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 2017.

10. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan declareert de zorgaanbieder het geneesmiddel als add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor. In dat geval wordt een dergelijk geneesmiddel dus niet meer als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening gebracht. Geneesmiddelen die worden ingezet in het kader van MKA-chirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962) maken wel deel uit van deze verrichtingen en worden niet door middel van een add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor gedeclareerd. Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.

11. De toeslag in verband met chronische beademing - revalidatie (190982) mag in rekening worden gebracht voor iedere verpleegdag waarop een patiënt, die afhankelijk is van chronische kunstmatige beademing, chronische beademing ontvangt in het kader van een revalidatiebehandeling. Het gaat hierbij om patiënten:

- die gebruik maken van invasieve beademing (beademing via tracheacanule) of:
- die gebruik maken van non invasieve beademing (beademing via masker) en het masker niet zelfstandig kunnen hanteren in verband met afwezige arm-handfunctie.

De inzet van de revalidatiearts in verband met een calamiteit die zich tijdens en als gevolg van de chronische beademing voordoet, vormt geen onderdeel van deze toeslag, maar wordt als directe tijd geregistreerd. Deze toeslag is ook niet van toepassing op patiënten die in principe zelfstandig ademen, maar waarbij op grond van hun aandoening te verwachten is dat zij incidenteel en kortdurend beademd moeten worden of een andere vorm van ondersteuning van de ademhaling nodig hebben. Voor het vastleggen van deze zorg wordt de zorgactiviteitscode Klinische verpleging – ademhaling ondersteuning (zuurstof geven, airstacken (longvolume op peil houden), longen uitzuigen) – revalidatie (190879) gebruikt.

12. De draagbare uitwendige cardioversie-defibrillator (LifeVest) (190668) mag eenmalig per patiënt in rekening worden gebracht bij uitgifte van de uitwendige cardioversie-defibrillator.

13. Een klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) mag in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder indien hier een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende patiënt, over de invulling van deze prestatie, aan ten grondslag ligt.

14. De prestatie faecaal microbiotica transplantaat (190605) wordt per toegediende suspensie gedeclareerd door het ziekenhuis waar de toediening plaatsvindt.

15. Voor de toediening van totale parenterale voeding (TPV) en vocht in de thuissituatie (192861, 192862, 192863, 192864) geldt het volgende:

a. Deze prestaties worden gedeclareerd door de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de TPV-zorgvraag van de patiënt. Deze prestaties mogen alleen gedeclareerd worden indien de patiënt in de thuissituatie verblijft. Bij deze prestaties wordt onder 'thuissituatie' verstaan: het verblijf buiten een instelling voor medisch-specialistische zorg en het verblijf in een instelling voor medisch-specialistische revalidatiezorg.

b. De voorgeschreven (verhouding tussen het) aantal dagen TPV en het aantal dagen vocht zoals vastgelegd in het medisch dossier bepaalt welke prestaties gedeclareerd mogen worden.

c. Het is niet toegestaan om voor één dag meerdere prestaties in rekening te brengen. Per week (=periode van zeven dagen) worden maximaal zeven prestaties gedeclareerd. Alle prestaties uit een week worden gedeclareerd met als uitvoerdatum de eerste dag van deze week. Indien het voorschrift midden in de week gestopt wordt, dan worden evenveel prestaties gedeclareerd als dagen dat het voorschrift geldig was.

d. De prestatie Vocht bij TPV indicatie of afhankelijkheid van NaCl en/of elektrolyten bij chronisch darmfalen in de thuissituatie, inclusief toediening per infuus, hulpmiddelen en toebehoren, per dag (192864) mag gedeclareerd worden voor:

- een voor TPV-geïndiceerde patiënt een dag (of langer) geen TPV maar alleen vocht toegediend krijgt; of
- een patiënt die afhankelijk is van intraveneuze toediening van NaCl en/of elektrolyten en in het kader van darmfalen vocht toegediend krijgt.

16. *Verpleegdag kortdurende klinische revalidatie* (190229)

a. Voor de declaratie van de add-on verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229) gelden de volgende voorwaarden:

- de add-on wordt eenmaal per verpleegdag geregistreerd, tot en met een maximum van 14 dagen per subtraject;
- de add-on wordt uitsluitend naast een ambulant (revalidatie) dbc-zorgproduct gedeclareerd;
- in afwijking van artikel 34a lid 2, wordt de add-on gedeclareerd bij het sluiten van het subtraject.

b. Indien de opname langer duurt dan 14 dagen, is declaratie van de add-on Verpleegdag kortdurende klinische revalidatie (190229) niet toegestaan. In plaats daarvan wordt verpleegdag (190218) gedeclareerd als onderdeel van het klinische revalidatie dbc-zorgproduct.

c. Voor de periode van tot en met 30 april 2026 geldt dat de add-on uitsluitend wordt gedeclareerd naast een ambulant (revalidatie) dbc-zorgproduct waarvan het bijbehorende subtraject een startdatum heeft op of na 1 januari 2026.

17. De prestaties voor perfusie bij donorlongen, donorlevers en (DCD) donorharten (192128 t/m 192130, 192160 en 192161) worden door het uitvoerend transplantatiecentrum eenmalig per donororgaan gedeclareerd bij een volledig uitgevoerde perfusieprocedure, ongeacht of de perfusieprocedure tot een succesvolle of niet succesvolle transplantatie heeft geleid. Deze prestaties worden in combinatie met een dbc-zorgproduct van de beoogde ontvanger gedeclareerd, in diens transplantatie-zorgtraject.

18. De prestatie 'Verkeerde bed' komt ten laste van de Wlz en wordt dientengevolge in rekening gebracht bij het zorgkantoor.

19. *Expertiseadvies uitgevoerd door een andere instelling, zonder patiëntencontact (190174)*

Advies vanuit een expertisecentrum, gericht op de (nog in te zetten) diagnostiek of behandeling van een patiënt. De patiënt is op het moment van de aanvraag voor het expertiseadvies niet voor dezelfde zorgvraag onder behandeling bij het expertisecentrum. Het advies wordt aangevraagd door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de zorgvraag van de patiënt. Deze prestatie wordt door de aanvragende instelling eenmaal geregistreerd en gedeclareerd voor het volledige adviestraject voor dezelfde zorgvraag, dat uit een of meerdere contactmomenten en informatie-uitwisselingen tussen de aanvrager en het expertisecentrum kan bestaan. Hierbij is geen sprake van contact tussen het expertisecentrum en de patiënt. Het advies wordt uitgevoerd door één of meerdere beroepsbeoefenaren, werkzaam binnen hetzelfde expertisecentrum, waarvan er minimaal één de poortfunctie uitvoert.

Voor de declaratie van het expertiseadvies gelden onderstaande aanvullende voorwaarden:

- het advies is uitgevoerd door een in Nederland erkend expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen;
- de aanvrager heeft, met toestemming van de patiënt, alle benodigde patiëntgegevens en medische informatie gedeeld met het expertisecentrum; en
- verslaglegging van het expertiseadvies (zoals de beoordeelde uitslagen en/of geadviseerde behandelopties) is terug te vinden in het medisch dossier van de aanvrager.

20. *Expertiseadvies uitgevoerd door een andere instelling, met patiëntencontact (190175)*

Advies vanuit een expertisecentrum, gericht op de (nog in te zetten) diagnostiek of behandeling van een patiënt. De patiënt is op het moment van de aanvraag voor het expertiseadvies niet voor dezelfde zorgvraag onder behandeling bij het expertisecentrum. Het advies wordt aangevraagd door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de zorgvraag van de patiënt. Deze prestatie wordt door de aanvragende instelling eenmaal geregistreerd en gedeclareerd voor het volledige adviestraject voor dezelfde zorgvraag, dat uit een of meerdere contactmomenten en informatie-uitwisselingen tussen de aanvrager en het expertisecentrum kan bestaan. Hierbij is ook sprake van contact tussen het expertisecentrum en de patiënt. Het advies wordt uitgevoerd door één of meerdere beroepsbeoefenaren werkzaam binnen hetzelfde expertisecentrum, waarvan er minimaal één de poortfunctie uitvoert.

Voor de declaratie van het expertiseadvies gelden onderstaande aanvullende voorwaarden:

- a. het advies is uitgevoerd door een in Nederland erkend expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen;
- b. de aanvrager heeft, met toestemming van de patiënt, alle benodigde patiëntgegevens en medische informatie gedeeld met het expertisecentrum; en
- c. verslaglegging van het expertiseadvies (zoals de beoordeelde uitslagen en/of geadviseerde behandelopties) is terug te vinden in het medisch dossier van de aanvrager.

21. De add-on overig telemonitoring (039133) wordt maximaal één keer per 120 dagen gedeclareerd. Declaratie van de add-on overig telemonitoring (039133) vindt plaats zo lang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de prestatie gedeclareerd.

22. Voor de declaratie van medisch geïndiceerde vaccinaties (190591, 190592, 190593, 190594) geldt het volgende:

- a. Deze prestaties worden gedeclareerd indien:
 - vaccinaties worden toegediend aan patiënten die vallen in een medische risicogroep; en
 - deze vaccinaties in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet.
- b. Er wordt één prestatie gedeclareerd voor de gehele set aan vaccinaties (het gehele vaccinatiepakket) waarvoor de patiënt in aanmerking komt. Binnen dit vaccinatiepakket maakt het niet uit hoeveel

toedieningen de patiënt krijgt en hoeveel tijd er tussen de (herhaal)toedieningen zit. Pas wanneer een patiënt het gehele vaccinatiepakket opnieuw ontvangt, wordt een nieuwe prestatie in rekening gebracht.

c. De prestatie wordt gedeclareerd met als uitvoerdatum de datum waarop de eerste toediening plaatsvindt.

23. De prestatie proactieve zorgplanning (190099):

a. Wordt uitsluitend gedeclareerd door de zorgaanbieder waar de patiënt op de uitvoerdatum onder behandeling is, al dan niet in combinatie met klinisch verblijf.

b. Wordt niet eerder gedeclareerd dan nadat het zorgplan door de zorgaanbieder bedoeld onder a transmuraal is gedeeld met de overige betrokken zorgverleners bedoeld in artikel 26, lid 5, negende bullet.

c. Wordt maximaal één keer per 365 dagen gedeclareerd. De eerste termijn van 365 dagen vangt aan op de uitvoerdatum, d.w.z. op de dag waarop het eerste gesprek in het kader van proactieve zorgplanning heeft plaatsgevonden.

d. Wordt niet gedeclareerd in combinatie met, respectievelijk d.m.v. een koppeling aan, een dbc-zorgproduct palliatieve zorg (dbc-zorgproductgroep 990040).

Artikel 34b. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek

1. Een overig zorgproduct (039702 t/m 039736, 039741 t/m 039752, 039760, 039763 t/m 039793, 039796 t/m 039806, 039863 en 039864) voor klinische neurofysiologie (KNF) mag naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd, indien:

- het overige zorgproduct wordt uitgevoerd door een klinisch neurofysioloog; en
- het overig zorgproduct niet wordt uitgevoerd ten behoeve van een zorgtraject (en het bijbehorende dbc-zorgproduct) neurologie (0330); en
- er sprake is van een substantiële afwijking van de inzet van de klinische neurofysioloog ten opzichte van het landelijk gemiddelde profiel; en
- er een contractuele overeenstemming is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

2. Voor een prestatie Klinisch-chemisch en microbiologisch onderzoek (070001 t/m 079995) in het kader van de eerste lijn mag het kostenbedrag, onafhankelijk van de uitvoerder (klinisch chemicus, hematoloog, medische microbioloog) worden gedeclareerd.

3. Het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) mag bij een INR-bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht.

4. Een INR-bepaling (incl. order) (079995) mag niet worden gedeclareerd in het kader van trombosezorg. Hiervoor mag het overig zorgproduct advies - onderdeel van antistollingsbehandeling (190247) worden gedeclareerd

5. Het overig zorgproduct toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990) mag alleen in combinatie met het overig zorgproduct ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium (079991) worden gedeclareerd. Deze prestatie mag niet in combinatie met een overig zorgproduct huisbezoek (079986 en 079987) worden gedeclareerd.

6. Voor de SOA-tests voor Chlamydia, Gonorrhoe, Herpes Genitalis en Trichomonas mag alleen de prestatie DNA-amplificatie, kwalitatief, geautomatiseerd (070003) worden gedeclareerd. Hiervoor mogen niet de overige zorgproducten 070004, 070005 of 070006 worden gedeclareerd.

7. Voor een overig zorgproduct spermaonderzoek (070801, 078013 en 078110) is een verzoek van de eerste lijn niet noodzakelijk als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertiliteitspreekuur.

8. Wanneer de overige zorgproducten (070706, 070707, 079986, 079987, 079990, 079991) in het kader van trombosezorg worden uitgevoerd is een verwijzing nodig. Dit mag ook een verzoek van of (door)verwijzing vanuit de tweede lijn zijn.

9. Voor het klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079996) is geen verzoek van de eerste lijn noodzakelijk op het moment dat het onderzoek aanvullend in rekening wordt gebracht bij een rijbewijskeuring (119027, 119060 en 119061). De zorgaanbieder moet altijd kunnen aantonen dat de uitgevoerde behandeling geen betrekking heeft op de zorgvraag van een openstaand subtraject.

10. Voor het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991) en het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname (079989) geldt dat indien uitbesteding van onderzoek(en) aan een andere interne of externe uitvoerder plaatsvindt, deze interne of externe uitvoerder geen ordertarief (079991 dan wel 079989) in rekening mag brengen bij de (zorgverzekeraar van de) patiënt. Per afname (dan wel aanname) van patiëntmateriaal mag slechts één ordertarief (079991 dan wel 079989) in rekening worden gebracht.

11. Het overig zorgproduct laboratoriumonderzoeken ten behoeve van nazorg altruïstische of familiale donor (079970) dient ter dekking van de laboratoriumonderzoeken welke jaarlijks ter nazorg aan altruïstische of familiale donoren worden geleverd. Het overig zorgproduct omvat urineonderzoek (albumine, kreatinine, sediment en eiwit), bloedonderzoek (kreatinine, HbA1c, cholesterol en/of glucose) en een ordertarief voor klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken, inclusief bloedafname. De prestatie wordt in rekening gebracht bij de donor en hiervoor geldt geen eigen risico.

12. MRI (081093, 082490, 083191, 083192, 083290, 083390, 084090, 085091, 085093, 087091, 087092, 087096, 087097, 088090 en 089090)

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

Voor prestaties 082490, 083191, 083192, 083290, 083390, 084090, 085093, 087097, 088090 en 089090 geldt dat er per zitting maximaal twee MRI-codes gedeclareerd worden. Daarnaast geldt dat:

- a. dezelfde prestatiecodes niet naast elkaar worden gedeclareerd;
- b. prestaties 081093 en 082490 niet naast elkaar worden gedeclareerd;
- c. prestatie 087097 niet naast 087070, 087091, 087092, 088090 of 089090 wordt gedeclareerd;
- d. prestatie 088090 niet naast 087070, 087092, 087096, 087097 of 089090 wordt gedeclareerd;
- e. prestatie 089090 niet naast 088090 wordt gedeclareerd.

13. De prestatie 'meedenkadvies eerste lijn (190070)' wordt maximaal één keer per zorgvraag gedeclareerd, ook indien er voor de totstandkoming van één advies over één zorgvraag meerdere contactmomenten hebben plaatsgevonden tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de aanvragende huisarts.

De prestatie wordt uitsluitend gedeclareerd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, ook wanneer meerdere beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het advies.

14. Voor de overige zorgproducten voor het stoppen-met-rokenprogramma (194276, 194277, 194278) gelden de declaratievoorschriften, transparantievoorschriften en andere voorwaarden zoals opgenomen in de Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma, Regeling stoppen-met-roken-programma en de Prestatiebeschrijvingbeschikking stoppen-met-rokenprogramma.

Het is niet toegestaan om voor dezelfde patiënt gelijktijdig een dbc-zorgproduct voor rookverslaving (diagnosetypering 0322_9904) en een ozp voor het stoppen-met-rokenprogramma te declareren.

Artikel 34c. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie paramedische behandeling en onderzoek

Indien er sprake is van poliklinische fysiotherapie mogen de betreffende zorgactiviteiten, ook wanneer deze niet op verzoek van de eerste lijn worden uitgevoerd, naast de dbc-zorgproducten gedeclareerd worden. Deze uitzondering geldt niet voor revalidatiegeneeskunde en geriatrische revalidatiezorg.

Artikel 34d. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie overige verrichtingen

1. Een overig zorgproduct uit de categorie overige verrichtingen wordt los gedeclareerd en maakt geen onderdeel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct.

2. De prestatie Regiefunctie complexe wondzorg (190287) mag worden gedeclareerd, indien:

a. de patiënt, die complexe wondzorg ontvangt, niet in een instelling verblijft;

b. hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar definiëren in die overeenkomst welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen gelden om deze prestatie in rekening te mogen brengen. Daarbij wordt in ieder geval de te hanteren declaratie-eenheid in het contract gedefinieerd; en

c. de zorgaanbieder beschikt over een organisatiestructuur die voldoet aan de kwaliteitsindicatoren die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) stelt.

3. Overige zorgproducten ten behoeve van de standaardprestatie rijbewijskeuring

a. De toeslagprestatie voor extra directe tijd (119062) bedoeld in artikel 29, lid 4, sub a, wordt ten hoogste zes keer in rekening gebracht wanneer de bestede directe tijd zoals genoemd in de standaardprestatie voor een gezondheidsverklaring (119027) het basisaantal van maximaal 15 minuten heeft overschreden.

b. Bij rijbewijskeuringen voor een gezondheidsverklaring (119027) uitgevoerd door een neuroloog of psychiater geldt - in aanvulling op onderdeel a - dat de toeslagprestatie voor extra bestede indirecte tijd (119063) maximaal twee keer in rekening wordt gebracht wanneer de indirecte tijd zoals genoemd in de standaardprestatie van een gezondheidsverklaring (119027) het basisaantal van maximaal 15 minuten heeft overschreden.

c. De keuringsinstantie c.q. zorgaanbieder die rijbewijskeuringen voor een gezondheidsverklaring (119027) uitvoert, geeft op haar website of op een andere publiek toegankelijke plaats, zoals de receptiebalie of wachtkamer, aan:

- wat de standaardprestatie voor een gezondheidsverklaring als bedoeld in artikel 29, lid 4, onderdeel a, inhoudt, opgesplitst in de deelprestaties voor directe en indirecte tijd en welke tarieven daarvoor gelden;
- in welke gevallen en onder welke voorwaarden de toeslagenprestaties bedoeld in de onderdelen a en b in rekening gebracht worden en welke tarieven daarvoor gelden.

d. De keuringsinstantie c.q. zorgaanbieder die rijbewijskeuringen voor een gezondheidsverklaring (119027) uitvoert, verstrekt een schriftelijke of digitale nota (factuur) aan de gekeurde persoon. Op deze nota staat:

- het in rekening gebrachte tarief, en;
- een omschrijving van de in rekening gebrachte standaardprestatie, opgesplitst in directe en indirecte tijd, alsmede - voor zo ver van toepassing - het aantal en een omschrijving van de in rekening gebrachte toeslagprestaties, eveneens opgesplitst in directe en indirecte tijd.

e. Bij zowel rijbewijskeuringen voor de mededelingenprocedures (119060 en 119061) als voor de gezondheidsverklaringsprocedure (119027) worden eventuele kosten voor laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079995) apart in rekening gebracht.

4. Declaratiebepalingen MKA-chirurgische verrichtingen

a. Consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234001, 234002 en 234004)

Indien een consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting uit productgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht. Per kalenderdag wordt maximaal één consult in rekening gebracht.

Een consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie mag ook gedeclareerd worden indien de kaakchirurg, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog die verantwoordelijk is voor de zorgvraag, deelneemt aan een multidisciplinair consult, met minimaal een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert of ondersteunend specialist van een ander medisch specialisme, mits voldaan wordt aan de genoemde voorwaarden in artikel 29, lid 3, sub b, c en d.

b. Assistentie bij een MKA-chirurgische verrichting (230002)

Assistentie mag alleen in rekening worden gebracht indien het noodzakelijk was dat de assisterende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook daadwerkelijk een deel van de verrichting uitvoerde. In de persoon van een medisch adviseur kan inzage verkregen worden in het operatieverslag waaruit zal blijken dat de assisterende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook noodzakelijk en daadwerkelijk (een deel van) de verrichting uitvoerde. De prestatie assistentie mag alleen in rekening gebracht worden indien:

- de kaakchirurg zich op medische gronden doet bijstaan door een collega kaakchirurg of tandartsspecialist; of
- de kaakchirurg zich bij een klinische verrichting op medische gronden doet bijstaan door een tandarts of arts, niet zijnde een tandartsspecialist of medisch specialist.
Deze prestatie mag per operatiesessie meermaals, maar maximaal één keer per verrichting in rekening worden gebracht. Dit geldt ook indien meer dan één arts assisteert.

c. Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044)

Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, mag slechts één verrichtingsnummer worden gedeclareerd. De MKA-chirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudo-artrose, mag als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.

d. Het plaatsen van botankers (plaatjes die met 2 of 3 schroeffjes op het kaakbot worden geschroefd) als zelfstandige ingreep (niet bij osteotomie, fractuur of reconstructie), per kaakhelft (238049)

Het tarief voor het plaatsen van botankers (238049) mag niet worden gedeclareerd in combinatie met een osteotomie, een fractuurbehandeling en/of een reconstructieve behandeling.

e. Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)

De techniekkosten voor het MRA mogen apart in rekening worden gebracht. In het maximumtarief voor het MRA zijn consultatie en diagnostiek (inclusief eventuele röntgenfoto's) niet inbegrepen. Dit mag apart in rekening worden gebracht. Controlebezoeken, al dan niet met kleine correcties aan het MRA of andere kleine verrichtingen, mogen vanaf twee maanden na plaatsing in rekening worden gebracht (code 234191). Voor een consult naar aanleiding van een klacht mag een consult (234001, 234002 of 234004) apart in rekening worden gebracht. In het geval het MRA gemaakt wordt vanwege OSAS (Obstructief Slaap Apneu Syndroom) zal multidisciplinaire diagnostiek tot de indicatie MRA-behandeling hebben geleid. Voor de keuze van een type MRA kan het noodzakelijk zijn om aanvullend onderzoek te doen. Dit aanvullend onderzoek mag apart in rekening worden gebracht. In het geval er voor het repareren van het MRA (code 234192) het MRA opnieuw moet worden geregistreerd (ingesteld), mag een nieuwe MRA worden vervaardigd en gedeclareerd (code 234190 plus techniekkosten).

f. Maken meerdimensionale kaakopname (b.v. cone beam-CT (CBCT)) (239472)

Het maken van een meerdimensionale kaakfoto (bijvoorbeeld met een CBCT). Deze foto wordt uitsluitend genomen indien het maken van een dergelijke opname een meerwaarde heeft ten opzichte van conventionele röntgendiagnostiek.

g. Taakdelegatie

Bij sommige MKA-chirurgische zorgvragen wordt een deel van de behandeling uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld mondhygiënist) dan de kaakchirurg of arts-assistent. Hiervoor mogen MKA-chirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg of arts-assistent verantwoordelijk is voor de zorgvraag en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg of arts-assistent.

h. Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231901)

Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231902) of een consultprestatie (234001, 234002 of 234004) worden gedeclareerd.

i. Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231902)

Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231901) of een consultprestatie (234001, 234002 of 234004) worden gedeclareerd.

j. Techniekkosten (230000)

Techniekkosten mogen additioneel in rekening worden gebracht bij de volgende MKA-chirurgische prestaties: 234196, 234195, 239961, 239962, 234190 en 234192.

k. Herstel defect met microvasculaire vrije huid- en spierlap zonder bot, inclusief het verkrijgen en plaatsen van weefseltransplantaat (239041); Herstel defect met microvasculaire vrije huid- en spierlap met bot, inclusief het verkrijgen en plaatsen van weefseltransplantaat (239042). Indien meerdere specialismen bijdragen aan de weefseltransplantatie, dan wordt hiervoor slechts één prestatie gedeclareerd. De prestatie mag niet worden gedeclareerd naast een dbc-zorgproduct voor dezelfde ingreep.

5. 'Verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg'

a. Voor de prestatie 'Verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' is een maximumtarief vastgesteld. Er geldt een tarief-eenheid van een uur. Indien sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend.

b. Afronding vindt plaats per declaratieperiode. Indien er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.

6. Multidisciplinaire diagnostiek binnen een tertiair oogheelkundig centrum.

Voor de prestatie 'Multidisciplinaire diagnostiek zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum' en 'Multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een tertiair oogheelkundig centrum' is een maximumtarief vastgesteld. Er geldt een tarief-eenheid van vijf minuten. De declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden per prestatie per kalenderdag en het daarbij gehanteerde tarief. Indien het totaal aan declarabele tijd per kalenderdag geen veelvoud van vijf minuten beslaat, vindt afronding plaats op de dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Voor de tijdregistratie geldt de patiëntgebonden tijd van de onder artikel 29 genoemde disciplines.

7. Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering (191140 t/m 191148)

De overige zorgproducten voor klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering (WMBV label 2920) omvatten het onderzoek dat per persoon uitgevoerd wordt om antwoord te kunnen geven op een vraag vanuit de adviesvrager. Indien er binnen een onderzoek meerdere personen (adviesvrager en/of familieleden) onderzocht worden, dan wordt per onderzoek voor elk onderzocht persoon een aparte prestatie gedeclareerd bij de zorgverzekeraar van de adviesvrager.

8. Geprotocolleerde thuisvoorlichting nierfunctie vervangende behandelingen (192050)

De prestatie mag eenmalig gedeclareerd worden door het verantwoordelijk transplantatiecentrum indien alle activiteiten voor de geprotocolleerde thuisvoorlichting zijn afgerond.

9. De prestaties werkpakketten screening transplantatie (192121 t/m 192127) worden door het transplantatiecentrum eenmalig gedeclareerd tijdens de fase van besluitvorming bij orgaantransplantatie of donatie.

Artikel 35. Terugvaloptie

1. Een zorgaanbieder mag een dbc-zorgproduct vóór de afsluitregels uit artikel 17, 18 en 19 afsluiten en declareren indien de behandelend beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert heeft vastgesteld dat de feitelijke behandeling in het kader van het betreffende subtraject is beëindigd en sprake is van één van onderstaande situaties:

- a. de patiënt heeft geen verzekering bij een zorgverzekeraar afgesloten op grond van de Zvw;
- b. de zorgaanbieder heeft geen overeenkomst met de zorgverzekeraar van de patiënt;
- c. de geleverde zorg valt niet onder de verzekerde prestaties bij of krachtens de Zvw (onverzekerde zorg).

2. De terugvaloptie vervalt met terugwerkende kracht als de onder lid 1 bedoelde behandeling vóór de sluitingsdatum volgens artikel 17, 18 of 19 wordt hervat.

Hoofdstuk VII Informeren

Artikel 36. Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten

1. Een declaratie van een dbc-zorgproduct vermeldt de volgende gegevens:

- a. **Dbc-zorgproduct startdatum.** Een subtraject wordt afgeleid tot een dbc-zorgproduct en heeft een eigen startdatum.
- b. **Dbc-zorgproduct einddatum.** Een subtraject wordt afgeleid tot een afzonderlijk dbc-zorgproduct en heeft een eigen einddatum.
- c. **Zorgtype.** Het zorgtype is een component binnen de dbc-registratie waarmee het type subtraject wordt aangeduid. Er wordt onderscheid gemaakt tussen initiële subtrajecten (zorgtype 11), vervolg subtrajecten (zorgtype 21) en intercollegiale consulten (zorgtype 13).
- d. **(typerende) Diagnose. De diagnose** die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert.
- e. **Dbc-declaratiecode.** Een 6-cijferige code die het zorgproduct en het gereguleerde tarief of de afgesproken prijs van het dbc-zorgproduct weergeeft. In het gereguleerde segment wordt aan elk dbc-zorgproduct een dbc-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 14 (verzekerde of mogelijk verzekerde zorg) en 16 (niet verzekerde zorg) gekoppeld. Aan elk dbc-zorgproduct in het vrije segment wordt een dbc-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 15 (verzekerde of mogelijk verzekerde zorg) en/of 17 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.
- f. **Zorgtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Voor zorgtrajecten met ZT51 geldt dat ook het zorgtrajectnummer van het hieraan gekoppelde zorgtraject (ZT11 of ZT21) wordt vermeld op de declaratie.
- g. **Subtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd.
- h. **Hash-code.** Een code die aangeeft dat de prestatie door een grouper is afgeleid. Indien er tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken zijn vastgelegd om het gebruik van een grouper te borgen, is het vermelden van de hash-code bij de declaratie niet verplicht.
- i. **Gedeclareerd bedrag.** Op de declaratie wordt het gedeclareerde bedrag van het dbc-zorgproduct opgenomen.
- j. **Dbc-zorgproductcode.** De dbc-zorgproductcode is opgebouwd uit een dbc-zorgproductgroepcode (zes posities) aangevuld met de code van het dbc-zorgproduct binnen de groep (drie posities).
- k. **AGB-code uitvoerend specialisme.** AGB-code van het uitvoerend specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroep indeling. Indien een SEH-arts, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog of klinisch verloskundige geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de AGB-subberoepsgroep indeling vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.
- l. **Consumentenomschrijving** (lekenomschrijving). Op de declaratie van de zorgaanbieder aan de patiënt wordt voor dbc-zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld, zoals opgenomen in de 'Zorgproducten Tabel' (bijlage bij deze regeling).
- m. **Type verwijzer.** Op de declaratie wordt het type verwijzer vermeld naar onderstaande classificatie:
 1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).

4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerste lijn (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerste lijn).
5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerste lijn, maar verwijzer heeft geen AGB-code.

n. **AGB-code verwijzer.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder m3, m4 en m6 wordt op de declaratie een AGB-code van de verwijzende zorgaanbieder vermeld. Dit is een instelling, een praktijk of een natuurlijk persoon. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder m5 en m7 wordt op de declaratie de AGB-code van de natuurlijke persoon die doorverwijst vermeld.

o. **AGB-code verwijzend specialisme.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder m5, m6 of m7 wordt op de declaratie de AGB-code van het verwijzend specialisme vermeld.

p. **Afsluitreden.** De afsluitreden wordt gecodeerd volgens de 'Afsluitreden Tabel' (bijlage bij deze regeling) en geeft de reden van sluiting van het traject weer.

q. **Indicatie machtiging.** Middels 'ja' of 'nee' wordt op de nota aangegeven of de declaratie wel of geen zorgactiviteiten bevat waarvoor een machtiging is vereist.

r. **Zorgactiviteiten.**

- Indien één van de in de 'Zorgactiviteiten Tabel' (bijlage bij deze regeling) genoemde zorgactiviteiten deel uitmaakt van het zorgprofiel van een dbc-zorgproduct, worden de code, consumentenomschrijving, het aantal registraties en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit vermeld op de declaratie.
- Bij de zorgactiviteiten 190854 t/m 190982 wordt de AGB-code van de uitvoerder (natuurlijk persoon) vermeld op de declaratie. Deze verplichting geldt voor de volgende zorgverleners: medisch specialist (revalidatiearts), fysiotherapeut, logopedist en ergotherapeut.

2. De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdeel r (zorgactiviteiten), is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een 'Privacyverklaring' (bijlage bij deze regeling) hebben ondertekend. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.

3. De zorgaanbieder is verplicht in zijn administratie een afschrift te houden van een privacyverklaring als bedoeld in de bijlage bij deze regeling.

4. Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van nota's die, vergezeld van een privacyverklaring als bedoeld in de bijlage bij deze regeling, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt uitsluitend plaats door of onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

Artikel 37. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

1. In onderstaande tabel is weergegeven welke gegevens (onderdelen a t/m m) voor welk type overig zorgproduct op de declaratie daarvan worden vermeld.

Tabel 2. Informatieverplichting overige zorgproducten

overige zorg- pro- duc- ten	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
Alge- meen	x				x		x	x	x	x	x	x		
Add- on IC	x	x			x		x	x	x	x	x	x		
Add- on ove- rig	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x		x
Add- on ge- nees- mid- delen	x		x	x		x	x	x				x	x	
Ozp- stol- lings- fac- toren	x			x		x	x	x				x	x	
Add- on fp msz	x		x		x		x	x	x	x	x	x		

a. **Uitvoerdatum.** Datum waarop een zorgactiviteit is uitgevoerd. Voor add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt hiermee bedoeld de datum waarop het geneesmiddel is toegediend of verstrekt aan de patiënt, dan wel is verstrekt aan de afdeling ten behoeve van toediening aan de patiënt. Voor facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg wordt hiermee bedoeld de datum waarop de eerste (zorg)activiteit in het kader van de facultatieve prestatie is uitgevoerd.

b. **Subtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het informatie- c.q. registratiesysteem.

c. **Zorgtrajectnummer.** Een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.

d. **Aantal gebruikte eenheden.**

Het aantal door de apotheek gebruikte eenheden. (bijv. infusieflacons, tabletten) of fracties van eenheden (bijv. een halve infusieflacon) dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen verstrekken aan de patiënt bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s).

e. **Zorgproductcode.** De zorgproductcode is de zorgactiviteitcode (zes posities).

f. **ZI-nummer.** Zorgidentificatienummer van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor.

g. **AGB-code uitvoerend specialisme.** De AGB-code van het uitvoerend specialisme wordt weergegeven middels de AGB-subberoepsgroepindeling (de AGB-code van het specialisme dat verantwoordelijk is voor de geleverde prestatie is hierbij leidend). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt met het uitvoerend specialisme bedoeld op het voorschrijvend specialisme.

h. **Consumentenomschrijving.** Op de declaratie van de zorgaanbieder aan de patiënt wordt voor overige zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld zoals opgenomen in het 'Overzicht overige zorgproducten' (bijlage bij deze regeling). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren bestaat de consumentenomschrijving uit de artikelomschrijving van het betreffende ZI-nummer zoals opgenomen in de G-standaard.

i. **Type verwijzer.** Op de declaratie wordt het type verwijzer vermeld naar onderstaande classificatie:

1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerste lijn (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerste lijn).
5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolgtraject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerste lijn, maar verwijzer heeft geen AGB-code.
9. Patiënt welke gebruik maakt van directe toegang tot ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek, orthoptie, optometrie of oefentherapie.

j. **AGB-code verwijzer.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i3, i4 en i6 wordt op de declaratie een AGB-code van de verwijzende instelling/praktijk of natuurlijk persoon vermeld. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i5 en i7 wordt op de declaratie een AGB-code van de verwijzende natuurlijk persoon vermeld.

k. **AGB-code verwijzend specialisme.** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder i5, i6 of i7 wordt op de declaratie ook een AGB-code van het specialisme vermeld.

l. **Gedeclareerd bedrag.** Op de declaratie wordt het gedeclareerde bedrag van het overig zorgproduct vermeld.

m. **Indicatie** (on-label en off-label). Een in de G-standaard opgenomen indicatie waarvoor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor is verstrekt aan de patiënt. Indien de betreffende indicatie nog niet is opgenomen in de G-standaard, dan wordt dat gegeven vermeld op de factuur.

n. **AGB-code afwijkende uitvoerende instelling.** Bij de overige zorgproducten voor moleculaire diagnostiek (050541, 050542, 050543, 050544, 050548 en 050549) en het expertiseadvies (190174 en 190175) wordt, naast de AGB-code van de declarerende instelling, ook de AGB-code van de instelling die de zorg daadwerkelijk heeft geleverd vermeld op de declaratie. Voor de moleculaire diagnostiek geldt deze verplichting alleen indien de diagnostiek is uitgevoerd door een andere instelling dan waar de patiënt onder behandeling is.

2. De verplichting als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c (zorgtrajectnummer) is niet van toepassing op add-ongeneesmiddelen als een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijhorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

3. De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdelen e en m, is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in de bijlage bij deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.

Artikel 38. Standaardprijslijst

1. Zorgaanbieders maken een standaard prijslijst bekend voor prestaties in het vrije en gereguleerde segment. De tarieven zoals opgenomen in de standaard prijslijst worden ook wel passantentarieven genoemd.

2. De in de standaard prijslijst opgenomen tarieven worden door de zorgaanbieders in rekening gebracht voor het leveren van zorg aan niet-verzekerde patiënten en aan patiënten van wie de zorgverzekeraar geen contract met de desbetreffende zorgaanbieder heeft gesloten.

3. De standaardprijslijst bevat de volgende onderdelen, zoals vastgesteld in het sjabloon 'Sjabloon standaard prijslijst' (bijlage bij deze regeling):

- de dbc-zorgproductcode;
- de dbc-zorgproduct (consumenten)omschrijving;
- de declaratiecode;
- de periode waarvoor de totaalprijs geldt (ingangsdatum en eventueel einddatum);
- het integrale actuele tarief voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening mag brengen.
- een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel, door opname van 'definities' zoals vermeld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage bij deze regeling).

4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het voor een consument op eenvoudige wijze mogelijk is om voor aanvang van een behandelingsovereenkomst op afstand kennis te nemen van de standaard prijslijst(en) van jaar t en t-1. Uiterlijk per 15 november van jaar t geldt dit ook voor de standaard prijslijst van jaar t+1. Aan de volgende voorwaarden moet worden voldaan:

a. de zorgaanbieder plaatst de standaard prijslijst(en) op de website;

b. de zorgaanbieder informeert een consument op verzoek over de prijzen op de standaard prijslijst(en) of stuurt een consument op verzoek binnen achtenveertig uur de verzochte prijsinformatie toe.

Artikel 39. Informatieverplichting solisten

Solisten die declareren op basis van een individuele beschikking (zie artikel 31) zijn verplicht om wijzigingen in de bedrijfsvoering of wijzigingen in de organisatiestructuur aan de NZa te melden.

Artikel 40. Intrekking voorgaande regeling(en)

De regeling medisch-specialistische zorg, met kenmerk NR/REG-2306a, en de gelijknamige regeling, met kenmerk NR/REG-2403, zijn ingetrokken.

Artikel 41. Overgangsbepaling

Voor subtrajecten gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t, geldt dat de regeling van jaar t-1 van toepassing is. Op zorgactiviteiten, inclusief overige zorgproducten, is de regeling van toepassing die geldend was op de datum van uitvoering van de zorgactiviteit.

Artikel 42. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2024. Ingevolge artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet, zal deze regeling met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

Deze regeling wordt aangehaald als: 'Regeling medisch-specialistische zorg'.

Nederlandse Zorgautoriteit

Mw. mr. drs. K. Raaijmakers

wnd. voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Algemeen

De Regeling medisch-specialistische zorg bevat algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die van toepassing zijn op zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen. In deze regeling beschrijft de NZa welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen deze zorgaanbieders in acht moeten nemen bij de registratie en declaratie van de door hen geleverde zorg. Op basis van de bevoegdheden beschreven in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg stelt de NZa prestaties en tarieven vast in de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven die in acht moeten worden genomen bij de registratie en declaratie van deze zorg.

Administratie-, declaratie- en transparantievoorschriften

De NZa heeft de bevoegdheid om in een aantal gevallen nadere regels te stellen. Het betreft onder meer regels van administratief-technische aard. In de memorie van toelichting bij de Wmg wordt hierover het volgende opgemerkt: 'De opdracht aan de zorgautoriteit om regels te stellen over de inrichting van de administratie, de bekendmaking van tarieven, prestaties, producten en diensten door zorgaanbieders en de inrichting van declaraties vindt zijn grondslag in het feit dat voor op maat toegesneden regelingen specifieke deskundigheid noodzakelijk is en dat de zorgautoriteit daarover beschikt mede als gevolg van de uitvoering van haar (overige) wettelijk opgedragen taken.'²

In artikel 36, eerste lid, Wmg zijn enkele basisvereisten opgenomen met betrekking tot de administratie van onder meer zorgaanbieders. Deze betreffen onder andere de vastlegging van geleverde prestaties en de bijbehorende ontvangen tarieven. Meer specifieke verplichtingen kunnen door de NZa in nadere regels worden opgenomen. Hier is bewust voor gekozen vanwege de diversiteit aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De regels van de NZa bieden zo een nadere invulling die aansluit bij de bedrijfsvoering van betrokken partijen.³

Op grond van artikel 37 Wmg kan de NZa regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij om declaratie- of factureringsvoorschriften.

Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen over de wijze waarop zorgaanbieders rekeningen specificeren voor geleverde zorgprestaties.

De doelen van deze regeling zijn daarmee:

- het specificeren van rekeningen met betrekking tot verrichte prestaties, ter bevordering van inzichtelijke en rechtmatige declaraties en ter voorkoming van dubbele declaraties (art. 38, derde lid, onderdeel b, Wmg);
- het borgen van de vergelijkbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie van zorgaanbieders (art. 36, derde lid, onderdeel a, Wmg);
- het declaratie- en betalingsverkeer stroomlijnen en beperking van de administratieve lasten, onlosmakelijk verbonden met de regels van de NZa over de bekostiging van zorg (art. 37, Wmg).

De gegevens die op grond van onderhavige regeling worden verwerkt zijn in de praktijk afkomstig van de zorgaanbieders die de zorg leveren. De gegevens worden o.a. via de declaraties naar de zorgverzekeraars gestuurd. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, die daarbij verschillende wettelijke taken en bevoegdheden hebben. Deze taken en bevoegdheden houden verband met artikel 27, 35, derde lid en 36,

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 59-60.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 62.

van de Wmg. Om deze taken en plichten goed uit te kunnen voeren is informatie nodig over de zorg die geleverd wordt aan cliënten.

De NZa ontvangt deze gegevens ook van de zorgverzekeraars, al dan niet via Vektis. De regels van de NZa zorgen er onder meer voor dat deze gegevens op eenduidige wijze worden vastgelegd en uitgewisseld.

Informatieplicht, privacyverklaring NZa en FAQ

In de keten van zorgaanbieder, zorgverzekeraar en NZa rust op zowel de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar als de NZa een informatieplicht op grond van de AVG. Zij dienen informatie beschikbaar te stellen voor betrokkenen over de verwerking van persoonsgegevens binnen hun organisatie. Omdat elke partij binnen deze keten andere wettelijke verplichtingen en bevoegdheden heeft, is het gevolg dat elke partij ook andere (persoons)gegevens kan opvragen. Dit maakt de informatieplicht aan betrokkenen des te belangrijker.

Omdat de in deze regeling genoemde gegevens niet rechtstreeks bij de betrokkene worden verzameld, moeten betrokkenen op grond van artikel 14 AVG worden geïnformeerd. Op deze verplichting gelden enkele uitzonderingen. Het is voor de NZa praktisch onmogelijk om alle betrokkenen rechtstreeks te informeren. De NZa ontvangt alleen gepseudonimiseerde gegevens, waardoor niet zichtbaar is wie moet worden geïnformeerd (artikel 14, vijfde lid, onderdeel b, AVG). Daarnaast volgt de gegevensverwerking uit lidstatelijk recht (artikel 14, vijfde lid, onderdeel c, AVG). Ondanks deze uitzonderingen doet de NZa haar best om betrokkenen zo goed mogelijk te informeren.

De manier waarop de NZa omgaat met de rechten van betrokkenen (zoals cliënten van zorgaanbieders) is beschreven in haar privacyverklaring, die te vinden is op de website van de NZa. In deze verklaring staat onder meer dat betrokkenen zich kunnen beroepen op hun rechten op grond van de AVG, wat deze rechten inhouden en hoe zij deze rechten kunnen uitoefenen.

Daarnaast heeft de NZa op haar website een FAQ gepubliceerd met vragen en antwoorden over de verwerking van persoonsgegevens door de NZa.⁴

Artikelsgewijs

Artikel 1

Sub t: Met deze definitie van het begrip 'instelling' sluit de NZa letterlijk aan bij de definitie die aan dit begrip wordt gegeven in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

In het kader van de toepasselijkheid van deze regeling zijn drie typen instelling relevant:

1. instellingen die medisch-specialistische zorg leveren;
2. instellingen die zintuiglijk gehandicaptenzorg leveren;
3. instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.

In de toelichting behorend bij artikel 3 (Reikwijdte) wordt nader ingegaan op deze instellingscategorieën in relatie tot de werkingssfeer van deze regeling.

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

Sub uu: Met de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 is het declaratierecht van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten voorbehouden aan twee soorten zorgaanbieders, te weten: instellingen en solisten.

Artikel 3

Lid 1: In de onderdelen a t/m c van lid 1 van artikel 3 wordt beschreven welke (soort) zorgaanbieders onder de werkingssfeer van de Regeling medisch-specialistische zorg vallen.

De belangrijkste categorie (a.) wordt gevormd door zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg (msz) leveren. In 99% van de gevallen gaat het hier om instellingen. Maar ook solisten kunnen, mits in het bezit

⁴ www.nza.nl

van een beschikking als bedoeld in artikel 31, lid 3, van deze regeling, medisch-specialistische zorg leveren. Welke instellingen voor medisch-specialistische zorg worden onderscheiden, wordt in onderdeel a van dit artikellid opgesomd. De hoofdmoot wordt gevormd door de (algemene, categorale en universitaire) ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's).

Omdat ziekenhuizen ook bepaalde vormen van eerstelijns zorg (fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie, diëtik, optometrie en orthoptie) kunnen leveren - los of in combinatie met medisch-specialistische zorg - en de NZa hiervoor tweedelijns prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld, zijn deze vormen van eerstelijns zorg volledigheidshalve toegevoegd aan de reikwijdtebepaling van deze regeling.

Naast ziekenhuizen en zbc's bestaan er nog andere soorten zorgaanbieders die eveneens (bijzondere vormen van) medisch-specialistische zorg leveren. Deze staan ook in onderdeel a opgesomd. Hierover kan - ter aanvulling - het volgende worden opgemerkt.

Tot de instellingen voor gespecialiseerde long(revalidatie)zorg behoort ook het Nederlands Astmacentrum te Davos (Zwitserland). Een oudere, in onbruik geraakte benaming voor deze instellingscategorie is 'long-/astmacentra'. Tot de aandoeningen die door gespecialiseerde long(revalidatie)instellingen worden behandeld, behoren CCL, CCA en COPD.

Klinisch-genetische centra staan ook wel bekend onder de naam 'instellingen voor erfelijkheidsadvisering'. Laatstgenoemde instellingen vallen dus ook onder de reikwijdte van deze regeling.

De tweede categorie (b.) wordt gevormd door zorgaanbieders die zintuiglijk gehandicaptenzorg (zg) leveren. Hoewel deze zorg extramuraal wordt geleverd, zijn het vrijwel altijd instellingen die zg leveren. Dit komt hoofdzakelijk, omdat zg een multidisciplinair karakter heeft. Daardoor is bij zg in feite altijd sprake van zorglevering door een organisatorisch verband. Audiologische centra zijn een voorbeeld van instellingen, c.q. organisatorische verbanden, die (een vorm van) zg leveren.

De derde categorie (c.) wordt gevormd door zorgaanbieders die geriatrische revalidatiezorg (grz) leveren. Omdat grz een vorm van geneeskundige zorg betreft waarbij verblijf nodig is, gaat het hier per definitie om instellingen die grz leveren.

Lid 2: Het tweede lid van artikel 3 regelt dat de zorg die, meestal - maar niet per definitie - in ziekenhuizen, door of onder verantwoordelijkheid van kaakchirurgen wordt geleverd, in het kader van deze regeling wordt geduid als medisch-specialistische zorg en daarmee rechtstreeks onder de werkingssfeer van de Regeling medisch-specialistische zorg valt.

Lid 3: Voor de afbakening van de reikwijdte van deze regeling is verder relevant dat abortusklinieken, ook al is de zorg die zij leveren, in ieder geval voor een deel, te kwalificeren als medisch-specialistische zorg, een eigen, afwijkende bekostiging kennen. Daarom moeten de abortusklinieken worden uitgezonderd van de reikwijdte van de Regeling medisch-specialistische zorg. Dat is geregeld in lid 3 van artikel 3.

Lid 4: Tenslotte wordt in het vierde lid van artikel 3, ten overvloede, nog maar eens duidelijk gemaakt dat de werkingssfeer van deze regeling zich niet beperkt tot enkel de Zvw-verzekerde onderdelen van medisch-specialistische zorg, zintuiglijk gehandicaptenzorg en geriatrische revalidatiezorg die door de zorgaanbieders genoemd in de leden 1 en 2 van artikel 3 worden geleverd, maar tevens betrekking heeft op de onverzekerde en aanvullend (dus gedeeltelijk) verzekerde onderdelen van deze zorgvormen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan cosmetische chirurgie zonder medische indicatie, sterilisatie van de man, rijbewijskeuringen, of circumcisie zonder medische indicatie. Dat lid 4 feitelijk een bepaling 'ten overvloede' is, volgt uit de wet, meer in het bijzonder artikel 1, lid 1, subonderdeel b, Wmg. Uit de zeer ruime definitie van het begrip 'zorg' in artikel 1, lid 1, subonderdeel b, Wmg blijkt namelijk al dat ook onverzekerde en gedeeltelijk, c.q. aanvullend, verzekerde zorg onder de reikwijdte van deze wet vallen en daarmee dus ook onder de bevoegdheid van de NZa tot prestatie- en tariefregulering. Dat betekent, dat wanneer de NZa onverzekerde of gedeeltelijk (aanvullend) verzekerde vormen van zorg niet expliciet heeft uitgezonderd van de reikwijdte, deze automatisch - naast de verzekerde vormen van zorg - onder de reikwijdte van een beleidsregel of nadere regel (regeling) vallen.

Artikel 5

Lid 4 sub h: De transplantatie-gerelateerde zorgvragen betrekking hebbende op vroege complicaties (tijdens de looptijd van het operatieve fase 2 subtraject of binnen het eerst geopende nazorg traject van 120 dagen) maken onder meer onderdeel uit van het transplantatiezorgtraject:

- intercollegiale consultatie en medebehandeling door andere specialismen;
- (kleine) Ingrepen ter voorbereiding van de transplantatie zoals een vasculaire ingreep;
- behandeling van vroege chirurgische complicaties waaronder trombose, obstructie, wondinfectie, littekenbreuk, urineweginfectie, e.d.;
- behandeling van vroege medisch complicaties waaronder afstoting en infecties, primaire non-functie, geneesmiddelen toxiciteit e.d.;
- Second look;
- re-laparotomie voor bijvoorbeeld nabloeding, spoelen buik, verwijderen gazen, arteriële of portale trombose;
- transplantectomie; maakt deel uit van het lopende subtraject. Als het een transplantectomie van een gecombineerde orgaantransplantatie betreft, wordt de diagnose van het nazorgtraject aangepast aan het nog resterende getransplanteerde orgaan;
- ureterreconstructie;
- vasculaire reconstructie;
- gefaseerd sluiten.

De late complicaties/effecten en/of niet transplantatie-gerelateerd; na het eerste nazorgtraject van 120 dagen vallen buiten het transplantatiezorgtraject:

- Zorgvragen die niet transplantatie-gerelateerd zijn zoals opportunistische infecties, cardiovasculaire events;
- Comorbiditeiten zoals diabetes, hypertensie, hepatitis C;
- Behandeling van osteoporose en andere nadelige effecten veroorzaakt door medicijngebruik in het nazorgtraject;
- Late gevolgen van het transplantatietraject zoals het ontstaan van maligniteiten.

Voor de dialyse geldt dat chronische dialyse voorafgaand aan een transplantatie via de gebruikelijke manier in een apart zorgtraject geregistreerd wordt. Acute dialyse tijdens de operatieve fase maakt onderdeel uit van het subtraject waarbinnen de transplantatie plaatsvindt. Als de dialyse tijdens de ic-periode plaatsvindt, wordt dit gedeclareerd via een add-on ic.

Zorg gedurende de wachtlijstperiode binnen een niet-transplantatiecentrum valt onder het 'in conditie houden van de patiënt' dat onderdeel is van het lopende zorgtraject gericht op de behandeling van de onderliggende ziekte (bijvoorbeeld: zorgtraject dialysezorg, zorgtraject levercirrose, et cetera); dit valt dus niet onder de transplantatiezorg.

Artikel 7

Lid 1: Het specialisme geriatrie revalidatiezorg beschikt niet over het zorgtype 13. Het icc valt voor dit specialisme onder zorgtype 11.

Lid 2: Tijdens eenzelfde periode van verblijf mogen meerdere specialismen één icc-zorg/subtraject openen. 'Periode van verblijf' geldt vanaf het begin tot einde van het verblijf. Dus bijvoorbeeld per klinische opname, per langdurige observatie zonder overnachting of per dagverpleging.

Artikel 8

'Periode van verblijf' geldt vanaf het begin tot einde van het verblijf. Dus bijvoorbeeld per klinische opname, per langdurige observatie zonder overnachting of per dagverpleging.

Artikel 9

Indien een poortspecialist in de rol van ondersteuner op verzoek van een specialisme van de eigen instelling een zorgactiviteit levert welke als overig zorgproduct is opgenomen in de Tarieven Tabel, dan zijn de zorgactiviteiten alleen onderdeel van het zorgprofiel van het aanvragend specialisme en is er geen sprake van een overig zorgproduct. De zorgactiviteiten worden bij het zorgtraject van de aanvragende specialist vastgelegd.

Artikel 15

De ICD-10 code is alfanumeriek en opgebouwd uit drie tot vijf posities, exclusief leestekens zoals punt, slash, asterisk en plusteken (dagger). De ICD-10 code wordt op het diepste niveau geregistreerd.

Artikel 16

Lid 2: Het specialisme consultatieve psychiatrie beschikt niet over het zorgtype 21. Voor diagnose 19 Incongruentie genderidentiteit is een uitzondering op deze regel gemaakt. Bij deze diagnose kunnen zowel initiële als vervolgottrajecten voorkomen.

Lid 3: Als in de periode na afsluiten van het voorgaande subtraject binnen 120 dagen geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject, hoeft dus geen vervolg subtraject te worden geopend.

Binnen een zorgtraject mogen tussen subtrajecten periodes van (een veelvoud van) 120 dagen bestaan waarbinnen geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd.

Artikel 17

Lid 1: De ontslagdatum is de datum dat de laatste verpleegdag, klinische zorgdag in de thuissituatie of ic-dag binnen het subtraject is geregistreerd, zonder dat aansluitend een afwezigheidsdag is geregistreerd. Het werkelijke ontslag (de dag dat de patiënt het ziekenhuis verlaat) kan op een latere datum plaatsvinden, bijvoorbeeld indien er sprake is van 'verkeerde bed'.

Artikel 19

Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met de afsluitregelcode in de 'Afsluitregels Tabel' (bijlage bij deze regeling).

Lid 17 sub b: Gelet op de integraliteit van de producten voor orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie) geldt voor alle zorgactiviteiten dat deze slechts door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert per instelling vastgelegd worden. Er worden per fase geen parallelle trajecten voor snijders en beschouwers geopend.

Voor de inhoudelijke invulling van deze zorgactiviteiten, wordt verwezen naar de protocollen/richtlijnen van de beroepsgroep.

Lid 17 sub b onderdeel 1: Bij gecombineerde transplantaties wordt slechts één zorgtraject geopend.

Lid 17 sub b onderdeel 2:

Fase 1: Ten aanzien van de screening wordt onderscheid gemaakt tussen de initiële screening en de follow-up die plaatsvindt tijdens de wachtlijstperiode. Na ieder onderdeel wordt de beslissing genomen of de patiënt in aanmerking komt voor de volgende stap in de transplantatieprocedure. Bij een negatieve beslissing wordt het transplantatietraject beëindigd en wordt het lopende subtraject op de 120e dag na openen gesloten.

De initiële screening omvat het voorbereidende onderzoek bestaande uit de anamnese en de uit te voeren verschillende onderzoeken zoals vastgelegd in de protocollen/richtlijnen van de beroepsgroep.

Hieronder valt onder meer:

- Anamnese en medisch onderzoek.
- Beeldvormend onderzoek.
- Laboratoriumonderzoek (bloed, urine, infecties).
- Serologie.
- Weefseltypering en antistoffen.

De initiële screening mag voor een deel plaatsvinden in de periferie; dit betreft het voorbereidende onderzoek waarna de ontvanger bij afwezigheid van absolute contra-indicaties wordt doorverwezen naar het transplantatiecentrum. De follow-up beoordeling en besluitvorming bestaat uit een 'rondje langs de velden'-bespreking van de patiënt in het MDO en besluitvorming of de patiënt transplantabel is. Bij positieve besluitvorming vindt de prioritering en aanmelding van de patiënt voor de wachtlijst plaats.

Onder de follow-up valt onder meer:

- (poli)klinische evaluatieonderzoeken.
- Beoordeling immunologische status.
- Rondje langs de velden.
- MDO.
- Patiënt-afhankelijke onderzoeken naar aanleiding van risicofactoren.

Fase 2: De transplantatiefase omvat onder meer de volgende activiteiten:

- Voorbereiding operatie.
- Transplantatieoperatie.
- Postoperatieve klinische zorg.
- Opname ic/reguliere verpleegafdeling.
- MDO.
- Behandeling primaire complicaties (afstoting/infecties).
- Medicatie.
- Paramedische begeleiding (voeding, fysio, psychosociaal).
- Voorbereiding ontslag.

Fase 3: In het eerste jaar na de transplantatie vindt de nazorg predominant plaats vanuit de transplantatiecentra. Dit betreft onder meer de volgende activiteiten:

- Voorkomen en behandelen complicaties ten gevolge van de transplantatie.
- Monitoring en behandeling dysfunctie van transplantatie.
- Controle immuun suppressie.
- Screening infectieuze aandoeningen en maligniteiten.
- Uitvoering specifieke controles waaronder biopten, virale diagnostiek, et cetera.

Daarnaast mogen in het 1e jaar na de transplantatie reguliere controles en behandeling plaatsvinden in de niet-transplantatiecentra. Hieronder valt onder meer:

- Regulatie diabetes mellitus.
- Behandeling hypertensie.

- Diagnostiek en behandeling banale infecties.
- Hyperlipidemie.
- Aandoeningen steun- en bewegingsapparaat.
- Cardiovasculair risicomanagement.

Lid 17 sub b onderdeel 3: Wanneer een hertransplantatie plaatsvindt binnen een lopend subtraject (fase 2 of fase 3) wordt het subtraject afgesloten één dag voor de dag dat de hertransplantatie plaatsvindt en wordt een nieuw operatief subtraject geopend.

Lid 17 sub b onderdeel 4: Er is alleen sprake van een nieuwe screeningsfase (fase 1) indien de besluitvorming na de 1e initiële screening niet tot aanmelding voor de wachtlijst heeft geleid en na verloop van tijd een nieuwe initiële screening wordt uitgevoerd.

Lid 17 sub c en d: Het plaatsen van een lange termijn steunhart wordt beschouwd als een (voortraject) orgaantransplantatie. Dus ook bij het vervangen van een steunhart gelden deze sluitregels.

Artikel 20

'Periode van verblijf' geldt vanaf het begin tot einde van het verblijf. Dus bijvoorbeeld per klinische opname, per langdurige observatie zonder overnachting of per dagverpleging.

Artikel 23

Lid 2: Alle zorg die zorgverleners leveren wordt vastgelegd in zorgactiviteiten. In de meeste gevallen leidt een combinatie van verschillende zorgactiviteiten over een bepaalde periode tot een declarabel product (een dbc-zorgproduct). Er zijn echter ook zorgactiviteiten die op zichzelf tot een declarabel product leiden, dit zijn overige zorgproducten. De omschrijvingen van zorgactiviteiten die gedeclareerd worden middels dbc-zorgproducten gelden dus ook voor overige zorgproducten en andersom. Het zijn immers dezelfde zorgactiviteiten. Wel kunnen de registratie- en declaratiebepalingen van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten verschillen. Dit staat echter los van de omschrijving van een zorgactiviteit.

Lid 3: De kwalificatiecode bestaat uit vier cijfers en geeft de bevoegdheden van de beroepsbeoefenaar (type zorgverlener) weer. In de DIS-data is dit het veld 'uitvoerend specialismecode' bij het geleverd zorgprofiel. De kwalificatiecode kan geraadpleegd worden in het Vektis register.

Lid 4: Een zorgactiviteit mag ook geregistreerd worden indien de zorg op afstand geleverd wordt, mits in deze regeling of de zorgactiviteitsomschrijving geen face-to-face contact vereist wordt. Een zorgactiviteit is locatie onafhankelijk, tenzij in deze regeling of de zorgactiviteitsomschrijving een locatie vermeld staat. Het is aan de zorgprofessional om te bepalen of de zorg op afstand of op desbetreffende locatie geleverd kan worden.

Lid 8: Om overlooppromblematiek te voorkomen worden zorgactiviteiten die niet vertaald kunnen worden naar nieuwe zorgactiviteiten niet per 1 januari van jaar t beëindigd, maar 120 dagen ná ingang van hun opvolgers. In deze periode bestaat overlap tussen de geldigheid van oude en nieuwe zorgactiviteiten. De openingsdatum van de subtrajecten is bepalend voor de zorgactiviteit die geregistreerd wordt. De oude zorgactiviteiten worden tijdens deze periode in trajecten met een openingsdatum in het oude jaar geregistreerd. De nieuwe zorgactiviteiten worden gebruikt voor trajecten die in het nieuwe jaar zijn geopend.

Lid 9: Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode worden verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie aan één subtraject gekoppeld. Verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een klinische overdracht van een patiënt aan een ander medisch specialisme, worden de opvolgende verpleegdagen en klinische zorgdagen in de thuissituatie gekoppeld aan het subtraject van de overnemende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.

Artikel 24

Lid 3: Voorbeeld: Tijdens een polikliniekbezoek worden een tweetal nieuwe zorgvragen besproken, waarvoor parallelle zorgtrajecten geopend worden. Er mag – op grond van de bestaande (andere) registratiebepalingen – voor dit bezoek slechts één eerste- polikliniekbezoek geregistreerd worden. De bijbehorende zorgactiviteit wordt aan een van beide zorgtrajecten gekoppeld. Hierdoor bevat het andere zorgtraject geen eerste polikliniekbezoek, terwijl dit wel heeft plaatsgevonden. Als gevolg hiervan kan dit andere zorgtraject een herhaal-polikliniekbezoek bevatten, zonder dat hierin een eerste polikliniekbezoek is geregistreerd. Na ontslag uit de kliniek worden, in geval van een poliklinisch vervolgtraject, herhaalpolikliniekbezoeken (190008 en 190013) geregistreerd.

Lid 13: Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair overleg telt dit als één AGB-specialisme en wordt de zorgactiviteit dus slechts door één beroepsbeoefenaar per specialisme per multidisciplinair overleg worden vastgelegd.

Lid 16: Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair consult telt dit als één AGB-specialisme en wordt de zorgactiviteit dus slechts door één beroepsbeoefenaar per specialisme per multidisciplinair consult vastgelegd.

Lid 20: Van medebehandeling van een patiënt die is opgenomen op de PAAZ of PUK afdeling is geen sprake indien een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch verloskundige) die de poortfunctie uitvoert een patiënt behandelt in het kader van een zorgvraag voor ggz.

Lid 25: Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland).

Lid 26 t/m 29: Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier in beginsel niet onder. Als vanuit het medisch dossier kan worden aangetoond dat op deze afdelingen een voor verpleging ingerichte afdeling/kamer bestaat, kunnen deze afdelingen hieronder vallen. Een voorbeeld van een voor verpleging ingerichte afdeling op de SEH is de Eerste Harthulp (EHH). Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag. Het is daarmee niet mogelijk om bij ontslag en heropname op dezelfde dag meerdere verpleegdagen binnen een instelling te registreren. Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 0.00 uur en ontslag plaatsvindt ná 7.00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd wordt (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan).

Tabel 2. Voorbeelden bij het begrip overnachting

Opnametijd patiënt x	Ontslagtijd patiënt x	Aantal verpleegdagen
Voor 20:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0
	Bij definitieve overname of overlijden voor 7:00 uur kalenderdag x+1	2
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij definitieve overname of overlijden)	2
Na 20:00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0

Opnametijd patiënt x	Ontslagtijd patiënt x	Aantal verpleegdagen
	Bij definitieve overname of overlijden voor 07:00 uur kalenderdag x+1	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij overlijden en overname)	1
Op 0:00 uur of na 0:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname voor 7:00 uur kalenderdag x	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname na 7:00 uur kalenderdag x	1

Onder 'definitieve klinische overname' wordt verstaan een overname waarbij op voorhand niet verwacht wordt dat de patiënt voor de zorgvraag terugkeert naar de initiële instelling.

Lid 33: Voor de vastlegging van de specifieke activiteiten van de verpleging in de revalidatiezorg zijn specialistische verpleegkundige zorgactiviteiten beschikbaar. Klinisch verpleegkundigen mogen met uitzondering van deze specifieke zorgactiviteiten geen tijd registreren; deze tijd is standaard verdisconteerd in de verpleegdagen. Deze zorgactiviteiten betreffen direct patiëntgebonden tijd en geen indirect patiëntgebonden tijd. Het is niet toegestaan om directe tijd vast te leggen indien er geen direct contact is zoals bij een patiënt die zelfstandig traint zonder toezicht of bij een no-show.

Lid 34: Als voorbeeld van de afrondingsregel wordt een tijdsbesteding van 6 of 7 minuten geregistreerd als 5 minuten en een tijdsbesteding van 8 of 9 minuten geregistreerd als 10 minuten.

Lid 43: Indien sprake is van een afgebroken transplantatieoperatie waarbij de patiënt is opgenomen voor de transplantatieoperatie, de OK is voorbereid maar de geplande transplantatie op het laatste moment geen doorgang vindt dan wordt dit vastgelegd onder de operatieve fase. Echter als de patiënt wel is opgenomen maar de OK tijdig is gecancelled dan wordt dit niet als operatieve fase vastgelegd en valt dit nog onder de screening.

Lid 81: Waar in de regelgeving wordt gesproken over een SKION-centrum wordt bedoeld op een centrum dat een SKION-stratificatie heeft ontvangen voor een specifieke patiënt.

Artikel 26

Lid 2 sub b: ic-dag type 1 en 2 verwijzen naar de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van ic-locaties binnen een regionaal ic-netwerk, zoals beschreven in de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care van 2016. Type 1 verwijst naar de kleine ic-locaties, die samenwerken met de grote ic-locaties. Type 2 verwijst naar de grote ic-locaties, die binnen het netwerk hun uitgebreide ervaring, kennis en expertise van de ziekenhuisinstelling delen met andere ic's.

Lid 4 sub b: Middels zorgactiviteit 196199 legt een instelling kraamzorg vast die zij aanbiedt aan een gezonde moeder of gezonde zuigeling tijdens het verblijf in deze instelling. De prestatie is gebaseerd op gemiddeld 3 uur kraamzorg per dag per gezonde moeder of gezonde zuigeling.

Lid 5:

Beoordeling door landelijk erkend expertisecentrum van aanvraag start/continuering groeihormoonbehandeling (190298)

Momenteel is er in Nederland één onafhankelijk, landelijk erkend expertisecentrum voor de beoordeling van aanvragen voor het starten of continueren van groeihormoonbehandelingen bij kinderen, te weten de Stichting Kind en Groei-LRG. Er is bewust voor gekozen om de naam van deze stichting niet expliciet in de NZa-regelgeving zelf op te nemen. Dit is gedaan om noodzakelijke wijziging van de regelgeving te voorkomen als in de toekomst bijvoorbeeld de naam van deze stichting wijzigt, of wanneer een andere instantie - in plaats van of naast Stichting Kind en Groei-LRG - met instemming van betrokken partijen soortgelijke beoordelingen uitvoert.

Telemonitoring (039133)

Met 'op afstand monitoren' wordt bedoeld op het monitoren van een patiënt buiten de muren van de vestiging van de behandelend beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.

Moleculaire diagnostiek (050541 t/m 050544, 050548 en 050549)

In aanvulling op de registratie- en declaratieregels voor de moleculaire diagnostiek bestaat het door veldpartijen ontwikkelde document 'verrichtingencodes voor de moleculaire diagnostiek' (VMD), waarin de koppeling van de vigerende tests met de declaratiecodes is uitgewerkt. Deze is beschikbaar op de site van de NVvP. Dit document bevat ook een registratie-instructie. Het registreren van meerdere zorgactiviteitscodes per inzending is mogelijk, zoals dit in artikel 26 en de betreffende instructie nader is gespecificeerd. Op het beheer van de tabel en instructie zijn afspraken tussen NVvP, ZN, NZa en ZIN van toepassing.

Proactieve zorgplanning (190099)

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

Artikel 27

Lid 1 sub b: Periodieke huisbezoeken (079986) betreffen in de regel huisbezoeken in het kader van de begeleiding van een antistollingsbehandeling. Incidentele huisbezoeken (079987) vinden in de regel plaats op verzoek van de huisarts.

Lid 1 sub d: Niet onder het meedenkadvis vallen bijvoorbeeld: vragen van de huisarts rond medicatieverstrekking of -dosering, beoordeling van basale fysische parameters (zoals hoge bloeddruk waarden) en beoordeling van losse enkelvoudige diagnostische onderzoeken (zoals laboratoriumuitslagen, ambulante bloeddruk- of hartritmemetingen, ECG's en radiologische onderzoeken).

Artikel 28

Lid 2 sub h: Indien de voortgezette standaard orthoptische behandeling op afstand uit meerdere contactmomenten bestaat en deze contactmomenten maar één bezoek op het orthoptische spreekuur vervangen (bijvoorbeeld bij schriftelijke consultatie), dan mag de 192858 maar eenmaal vastgelegd worden.

Artikel 29

Lid 3 sub d: Indien een consult op afstand uit meerdere contactmomenten bestaat en deze contactmomenten maar één face-to-face herhaalconsult (234002) vervangen (bijvoorbeeld bij schriftelijke consultatie), dan mag de prestatie 234004 maar eenmaal vastgelegd worden.

Lid 3 sub j en lid 4 sub b: De prestatie 'Informatieverstrekking aan derden' is twee keer met exact dezelfde prestatiebeschrijving in artikel 29 van deze regeling opgenomen: één keer ten behoeve van de kaakchirurgie (lid 3, sub j) en één keer ten behoeve van de overige medisch-specialistische zorg (lid 4, sub b). Het betreft een prestatie die tot de onverzekerde zorg behoort.

Kenmerkend aan deze prestatie is dat de zorgaanbieder het tarief voor deze prestatie in rekening brengt bij een derde, niet zijnde de patiënt, diens zorgverzekeraar of een andere zorgaanbieder. Deze derde, bijv. een (letselschade)advocaat, een medisch adviseur van een verzekeringsmaatschappij, een rechtsbijstandverzekeraar, etc., is degene die om de informatie verzoekt. Hij heeft daartoe altijd toestemming (bijv. in de vorm van een machtiging) nodig van de patiënt. Het is aan de derde zelf of hij de kosten voor de verstrekte informatie doorbelast aan de patiënt of niet.

Een ander belangrijk kenmerk van deze prestatie is dat deze niet uitsluitend betrekking mag hebben op de verstrekking van kopieën uit het medisch dossier van de patiënt. Er is namelijk een wettelijke bepaling (artikel 12, lid 5, AVG) op grond waarvan kopieën uit het medisch dossier kosteloos moeten worden verstrekt door een zorgaanbieder, tenzij sprake is van een buitensporig verzoek met name vanwege het repetitieve karakter ervan. Een ander voorbeeld van een wettelijk voorschrift op grond waarvan informatie over o.a. persoonsgegevens (van patiënten) kosteloos aan de overheid (i.c. de NZa) moet worden verstrekt, is artikel 61 Wmg.

Verder volgt uit de omschrijving van deze prestatie dat het niet is toegestaan dat deze prestatie wordt gebruikt bij de uitwisseling van informatie over een patiënt tussen zorgaanbieders onderling.

Tenslotte staat in de prestatiebeschrijving vermeld dat het gaat om *schriftelijke* verstrekking van informatie. Hieronder wordt in dit verband ook verstaan *digitale* verstrekking van de gevraagde informatie. Lid 9: De prestaties 190288 en 190289 betreffen alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zvw valt. Verzekerden met een indicatie voor zorg op basis van de Wlz, zullen ook verpleging en verzorging ontvangen vanuit de Wlz. Slechts indien de verpleging bij Wlz cliënten onder directe aansturing van de medisch specialist plaatsvindt, valt deze binnen de aanspraak van de Zvw. Onder directe aansturing wordt verstaan dat de medisch specialist direct opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, waarbij het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld.

De tarieven voor zorg zijn door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat men bij bijvoorbeeld zeventien minuten geleverde zorg een volledig uur in rekening brengt. Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten worden gedeclareerd. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Artikel 30

Lid 1: De afleiding vindt plaats op basis van de beslisbomen, -tabellen, en -afsluitregels die gelden op het moment van opening van het subtraject.

Lid 2 sub a: Onder input wordt de data verstaan die aan een grouper wordt aangeboden, zoals een subtraject en zorgactiviteiten.

Lid 2 sub e: er wordt uitsluitend meta-informatie bewaard.

Artikel 31

Lid 2: Instellingen die mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie leveren vallen volgens de aanwijzing integrale tarieven onder instellingen voor medisch-specialistische zorg.

Lid 6: In het rapport 'Beoordeling en verantwoording DBC pakket 2016 v20150701' is meer informatie te vinden over wie verantwoordelijk is voor de bekostiging van geneesmiddelen die worden geleverd in een instelling voor (geriatrie) revalidatiezorg, maar bij een andere indicatie behoren dan waarvoor de patiënt in de revalidatie instelling is opgenomen.

Lid 6 sub a en sub b: Voor éénzelfde geneesmiddel kan het per indicatie verschillen of dit geneesmiddel uitsluitend onder de aanspraak geneeskundige zorg valt (de zogenoemde overgehevelde geneesmiddelen) of dat sprake is van een dubbele aanspraak (geneeskundige zorg en farmaceutische zorg).

Lid 6 sub d: Op grond van dit artikel mag een buiten Nederland geregistreerd geneesmiddel worden gedeclareerd met het ZI nummer van het Nederlandse product. Dit is een noodoplossing voor onverwachte, niet planbare situaties. Vanzelfsprekend registreert de zorgaanbieder in het medisch dossier het geneesmiddel dat daadwerkelijk aan de patiënt is verstrekt/toegediend.

Artikel 33

Lid 14: De looptijd van het behandelprotocol voor hemato-oncologie middel en zwaar is twee jaar en voor de overige SKION-behandelingen één jaar.

Lid 16: De dbc-systematiek kent voor Voorwaardelijke Toelating trajecten aparte zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten. De besluitvorming over Voorwaardelijke Toelating trajecten loopt (vaak) niet parallel met de besluitvorming over het dbc-pakket door de NZa. Hierdoor kan het voorkomen dat zorg vanuit de Voorwaardelijke Toelating instroomt in het basispakket, voordat de NZa de bijbehorende prestaties hierop heeft kunnen aanpassen. In dat geval mogen ziekenhuizen deze zorg registreren en declareren op basis van de zorgactiviteiten/dbc-zorgproducten behorende bij het Voorwaardelijke Toelating traject. Het gebruik van deze prestaties is dan niet langer beperkt tot studieverband. De NZa past vervolgens de bekostiging aan in de eerstvolgende dbc-release.

Artikel 34a

Lid 10: Als een zorgaanbieder een geneesmiddel toepast dat niet als add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor is opgenomen in de G-standaard, dan declareert deze zorgaanbieder het geneesmiddel als onderdeel van een dbc-zorgproduct.

Lid 11: De toeslag in verband met chronische beademing betreft een vergoeding voor de extra middelen en de aanwezigheid van extra daartoe specifiek geschoold personeel, noodzakelijk voor het opvangen van calamiteiten die zich tijdens en als gevolg van de chronische beademing kunnen voordoen. Daarnaast bevat de toeslag een vergoeding voor de materiele kosten (toegediende zuurstof) voor de chronische beademing. De toeslag is van toepassing voor iedere dag dat de patiënt gebruik maakt van beademing (dus ook gedeeltelijk gebruik: aantal uren per dag). Wanneer er sprake is van afbouw van beademing tot volledig stoppen van beademing, is de toeslag van toepassing voor de dagen dat er (gedeeltelijk) gebruik is gemaakt van beademing.

Lid 15 sub c: Voorbeeld; een medisch specialist schrijft voor dat een patiënt gedurende een bepaalde periode wekelijks 5 keer onbereide TPV en 2 keer vocht toegediend moet krijgen. Gedurende deze periode declareert de instelling wekelijks 5 keer prestatie 192861 en 2 keer prestatie 192864.

Lid 15 sub d: Voorbeeld; indien het voorschrift start op dinsdag, dan loopt de week van dinsdag t/m maandag. Zolang het voorschrift geldig is, worden per week maximaal zeven prestaties gedeclareerd met als uitvoerdatum een dinsdag.

Lid 15: De kosten voor verpleging zijn geen onderdeel van de ozp's en mogen apart in rekening gebracht worden via de daarvoor beschikbare prestaties.

Lid 18: De prestatieomschrijving en het tarief sluiten aan bij de regels voor de Wlz.

Lid 22: De ozp's voor vaccinatiezorg zijn geïntroduceerd naar aanleiding van het adviesrapport Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: 'wie neemt de regie?' van Zorginstituut Nederland. De NZa bepaalt inhoudelijk niet welke medische risicogroepen er zijn en welke vaccinaties voor welke medische risicogroep geïndiceerd zijn.

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

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

- sprake is van reizigersvaccinaties. Dit zijn geen vaccinaties die via de Zorgverzekeringswet vergoed worden.

Artikel 34c

Van klinische fysiotherapie is sprake als een patiënt fysiotherapie ontvangt tijdens een klinische opname. Aangezien de tarieven van de dbc-zorgproducten zijn opgeschoond voor poliklinische fysiotherapie, wordt poliklinische fysiotherapie, ook wanneer deze niet op verzoek van de eerste lijn wordt uitgevoerd, naast de dbc-zorgproducten gedeclareerd.

Artikel 34d

Lid 5: Met het afronden van het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten wordt bedoeld dat bijvoorbeeld voor dertien minuten zorg geleverd, vijftien minuten worden gedeclareerd en voor zes uur en twaalf minuten zorg geleverd, zes uur en tien minuten wordt gedeclareerd.

Artikel 36

Lid 1 sub m, n en o: In deze onderdelen is de verplichting voor zorgaanbieders opgenomen om, in de gevallen en op de wijze zoals daar beschreven, het type verwijzer (onderdeel m), de AGB-code van de verwijzer (onderdeel n) en de AGB-code van het verwijzend specialisme (onderdeel o) op de declaratie te vermelden. Deze verplichting sluit aan bij artikel 14, lid 2, Zvw waarin - vrij vertaald - is vastgelegd dat patiënten slechts toegang hebben tot de Zvw-verzekerde zorg als hieraan een verwijzing van een huisarts, of andere medisch specialist ten grondslag ligt. Zorgverzekeraars moeten deze verplichting opnemen in hun polisvoorwaarden. Analoot aan dit artikel in de Zvw hebben ook de bepalingen in deze regeling met betrekking tot de verplichte registratie van de verwijzer, resp. het verwijzend specialisme, uitsluitend betrekking op verzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling valt en dus niet op aanvullend verzekerde en onverzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling vallen.

Voor de aanvullend verzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling valt, geldt dat zorgverzekeraars zelf (in hun modelovereenkomsten, c.q. zorgpolissen) kunnen bepalen of en op welke manier een verwijsplicht geldt om toegang tot en vergoeding van die zorg te krijgen. Voor het afdwingen van de naleving hiervan kunnen zorgverzekeraars niet terugvallen op de verplichtingen hieromtrent in deze regeling, omdat – zoals gezegd – deze uitsluitend betrekking hebben op de verzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling valt.

Voor onverzekerde zorg geldt de verwijsplicht sowieso niet. De patiënt betaalt de kosten van onverzekerde zorg immers zelf; de zorgverzekeraar speelt daarbij geen (wettelijke) rol. Dit wil overigens niet zeggen, dat het nooit zou kunnen voorkomen dat iemand via doorverwijzing van de huisarts of andere medisch-specialist bij een zorgaanbieder terecht komt waar hij/zij onverzekerde zorg ontvangt. Maar als dat gebeurt, dan ligt aan die verwijzing geen wettelijke verplichting ten grondslag.

Lid 1 sub m classificatie 7: Er is geen nieuwe verwijzing van een eerstelijnszorgaanbieder nodig op het moment dat het in het kader van de behandeling van de patiënt noodzakelijk is om de patiënt structureel terug te laten komen bij het specialisme. De patiënt is dus nog niet uitbehandeld bij het specialisme.

Lid 1 sub m classificatie 8: Dit type verwijzer wordt ook gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM.

Artikel 37

Lid 1 sub d: De gebruikte eenheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Lid 1 sub f: Bij de declaratie van een (doorgeleverde) bereiding die bestaat uit een deel van een add-on prestatie voor een geregistreerd geneesmiddel, wordt het ZI-nummer van het bronproduct (add-on geneesmiddel) op de declaratie vermeld. Dit geldt ook als er een aparte ZI-code bestaat voor de (doorgeleverde) bereiding.

Lid 1 sub m: Met ingang van 1 januari 2017 is de indicatie geen onderdeel meer van een add-on geneesmiddel/ozp-stollingsfactor prestatie. Dit betekent dat deze geneesmiddelen, ongeacht de

indicatie, als add-on/ozp-stollingsfactor gedeclareerd moeten worden. Tegelijkertijd is de zorgaanbieder verplicht de indicatie, waarvoor het add-ongeneesmiddel/de ozp-stollingsfactor wordt ingezet, te vermelden op de factuur aan de zorgverzekeraar.

Onder 'indicatie' wordt verstaan:

- een on-label indicatie zoals opgenomen in de G-standaard, of
- een off-label indicatie zoals opgenomen in de G-standaard.

Onder 'on-label' wordt in deze beleidsregel verstaan: een indicatie waarvoor de Nederlandse of Europese registratieautoriteit een handelsvergunning heeft afgegeven ('geregistreerde indicatie'), zoals opgenomen in de registratietekst (bijlage 1 Samenvatting van de productkenmerken van de EPAR, artikel 4.1

'Therapeutische indicaties') behorend bij het te declareren geneesmiddel of, indien er meerdere producten zijn met dezelfde werkzame stof, behorend bij een ander dan het te declareren geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Het voorgaande betekent dat de zorgaanbieder een indicatie zoals opgenomen in de SmPC tekst van geneesmiddel 1 vermeldt op de factuur bij de declaratie van geneesmiddel 2, indien dit de indicatie is waarvoor het geneesmiddel 2 aan de patiënt is verstrekt.

Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om een nog niet in de G-standaard opgenomen off-label indicatie aan te melden als off-label indicatie bij het CIBG. De coördinatie hiervan verloopt via de Federatie van Medisch Specialisten (FMS).

Lid 1 sub n: Bij moleculaire diagnostiek is de uitvoerende instelling van de diagnostiek vaak, en bij het expertiseadvies altijd, een andere instelling dan de instelling die deze prestaties declareert bij de zorgverzekeraar/patiënt (onderlinge dienstverlening). Om die reden is specifiek voor deze overige zorgproducten een informatieverplichting opgenomen, zodat transparant is welke instelling de diagnostiek of het advies daadwerkelijk heeft geleverd.

Lid 3: Indien een patiënt en een zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring als bedoeld in de bijlage van deze regeling hebben ondertekend, ontslaat dit de zorgaanbieder niet van de verplichting de betreffende zorgactiviteit(en) of indicatie(s), tezamen met een kopie van de ondertekende privacyverklaring, in zijn informatiesysteem vast te leggen (te registreren). Deze registratieverplichting geldt voor een periode van ten minste vijf jaar. De zorgaanbieder is gedurende deze periode verplicht de privacyverklaring op eerste verzoek van de zorgverzekeraar in diens bezit te stellen. Inzage door de zorgverzekeraar in de geregistreerde zorgactiviteit(en) en/of indicatie(s) bij aanwezigheid van een geldige privacyverklaring is slechts voorbehouden aan een medisch adviseur, dan wel een persoon die onder directe verantwoordelijkheid van die medisch adviseur handelt.

Artikel 38

Lid 4: De verplichting om per 15 november van jaar t ook de standaard prijslijst voor jaar t+1 bekend te maken, heeft als doel om consumenten in staat te stellen deze informatie mee te laten wegen in hun keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar voor jaar t+1.

Artikel 39

Onder wijzigingen in de bedrijfsvoering vallen onder andere wijzigingen in NAW-gegevens en KvK-inschrijving. Onder wijzigingen in de organisatiestructuur vallen onder andere beëindiging van de bedrijfsactiviteiten of een faillissement.

Typeringslijsten per specialisme

In de 'typeringslijst voor revalidatiegeneeskunde' zijn onder het veld 'zorgvraag' de patiëntengroepen opgenomen. Een uitgebreide beschrijving, met in- en exclusiecriteria van de patiëntengroepen, is opgesteld door Revalidatie Nederland en de Vereniging van Revalidatie Artsen. Hieronder volgt van iedere patiëntengroep een korte inhoudelijke beschrijving.

Specialisme code AGB	Component Code	Component omschrijving lang	Beschrijving patiëntengroep
0327	101	Ontwikkelingsgericht assessment en therapie kind, observatie jonge kind	Kinderen onder de 4 jaar met een ontwikkelingsachterstand. De medische diagnose is wel of niet bekend. Het is nog niet duidelijk welk domein van functiestoornissen het meest bepalend is voor de achterstand en wat de functionele prognose is.
0327	102	Ontwikkelingsgericht assessment en therapie kind, therapeutische peutergroep	Een kind met een revalidatie indicatie en jonger dan 4 jaar (uitloop half jaar mogelijk). Er is sprake van complexe problematiek die interdisciplinaire observatie, behandeling en ontwikkelingsstimulatie in een specifieke pedagogische context noodzakelijk maakt.
0327	203	Assessment, arts consult	Dit assessment wordt uitgevoerd door alleen de revalidatiearts. Het betreft onderzoeken en behandeling op de polikliniek.
0327	204	Assessment, arts met team	Een beperkt assessment. Het betreft onderzoeken en behandeling op de polikliniek. Als het nodig is zet de arts de expertise in van het behandelteam.
0327	205	Assessment, arts met team en diagnostische revalidatietechniek	Een beperkt assessment. Arts zet als het nodig is de expertise in van het behandelteam in, in combinatie met diagnostische revalidatie techniek, zoals gangbeeldanalyses en

Specialisme code AGB	Component Code	Component omschrijving lang	Beschrijving patiëntengroep
			hulpmiddelen assessments.
0327	337	CNA, cognitief	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij alleen sprake is van cognitieve problematiek.
0327	338	CNA, cognitief/motorisch	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij zowel sprake is van cognitieve als van motorische problematiek.
0327	339	CNA, cognitief/motorisch/communicatie	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij sprake is van cognitieve, motorische en communicatieve problematiek
0327	340	CNA, motorisch	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij alleen sprake is van motorische problematiek.
0327	341	CNA, motorisch/communicatie	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij zowel sprake is van motorische als van communicatieve problematiek.
0327	342	CNA, communicatie	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij alleen sprake is van communicatieve problematiek.
0327	343	CNA, communicatie/cognitief	Centraal neurologische aandoeningen, waarbij zowel sprake is van communicatieve als van cognitieve problematiek.
0327	500	Overige diagnoses, patiëntgroep niet gedefinieerd	Alle overige patiënten, die geen onderdeel zijn van de andere 18 patiëntengroepen.

Specialisme code AGB	Component Code	Component omschrijving lang	Beschrijving patiëntengroep
0327	541	Transtibiaal/ Syme/ Pirogoff, vasculair, enkelzijdige amputatie	Amputatie onder de knie (excl. partiële voetamputaties), enkelzijdig, met vasculaire oorzaak inclusief diabetes
0327	542	Transtibiaal/ Syme/ Pirogoff, vasculair, dubbelzijdige amputatie	Amputatie onder de knie (excl. partiële voetamputaties), dubbelzijdig, met vasculaire oorzaak inclusief diabetes
0327	543	Transtibiaal/ Syme/ Pirogoff, overig, enkelzijdige amputatie	Amputatie onder de knie (excl. partiële voetamputaties), enkelzijdig, met niet-vasculaire oorzaak (trauma, oncologie, overig)
0327	544	Transtibiaal/ Syme/ Pirogoff, overig, dubbelzijdige amputatie	Amputatie onder de knie (excl. partiële voetamputaties), dubbelzijdig, met niet-vasculaire oorzaak (trauma, oncologie, overig)
0327	551	Transfemoraal/ knie-exarticulatie, vasculair, enkelzijdige amputatie	Amputatie door of boven de knie (excl. hemipelvectomie/heupexarticulatie), enkelzijdig, met vasculaire oorzaak inclusief diabetes
0327	552	Transfemoraal/ knie-exarticulatie, vasculair, dubbelzijdige amputatie	Amputatie door of boven de knie (excl. hemipelvectomie/heupexarticulatie), dubbelzijdig, met vasculaire oorzaak inclusief diabetes
0327	553	Transfemoraal/ knie-exarticulatie, overig, enkelzijdige amputatie	Amputatie door of boven de knie (excl. hemipelvectomie/heupexarticulatie), enkelzijdig, met niet-vasculaire oorzaak (trauma, oncologie, overig)

Specialisme code AGB	Component Code	Component omschrijving lang	Beschrijving patiëntengroep
0327	554	Transfemoraal/ knie-exarticulatie, overig, dubbelzijdige amputatie	Amputatie door of boven de knie (excl. hemipelvectomie/heupexarticulatie), dubbelzijdig, met niet-vasculaire oorzaak (trauma, oncologie, overig)
0327	641	Tetraplegie nno, AIS D	Cervicale dwarslaesie met motoriek onder het laesieniveau, waarbij tenminste de helft van de testspieren een kracht graad 3 of meer heeft.
0327	642	Tetraplegie nno, AIS A t/m C	Cervicale dwarslaesie zonder motoriek onder het laesieniveau, of met motoriek waarbij minder dan de helft van de testspieren een kracht graad 3 of meer heeft.
0327	643	Paraplegie nno t1-t6, AIS D	Hoog-thoracale (T1-T6) dwarslaesie met motoriek onder het laesieniveau, waarbij tenminste de helft van de testspieren een kracht graad 3 of meer heeft.
0327	644	Paraplegie nno t1-t6, AIS A t/m C	Hoog-thoracale (T1-T6) dwarslaesie zonder motoriek onder het laesieniveau, of met motoriek waarbij minder dan de helft van de testspieren een kracht graad 3 of meer heeft.
0327	645	Paraplegie nno t7-t12 en lager, AIS D	Laag-thoracale (T7-T12) of lagere dwarslaesie met motoriek onder het laesieniveau, waarbij tenminste de helft van de testspieren een kracht graad 3 of meer heeft.

Specialisme code AGB	Component Code	Component omschrijving lang	Beschrijving patiëntengroep
0327	646	Paraplegie nno t7-t12 en lager, AIS A t/m C	Laag-thoracale (T7-T12) of lagere dwarslaesie zonder motoriek onder het laesieniveau, of met motoriek waarbij minder dan de helft van de testspieren een kracht graad 3 of meer heeft.
0327	647	Cauda equina syndroom: nno	Cauda equina syndroom
0327	648	Ernstige decubitus tgv dwarslaesie: nno	Opname of behandeling vanwege ernstige decubitus tgv dwarslaesie
0327	649	Spina bifida: nno	Spina Bifida

Bijlagen

[Afsluitreden Tabel](#)

[Afsluitregels Tabel](#)

[Diagnose Combinatie Tabel](#)

[Groupertabellen](#)

[Indeling prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie naar productgroepen](#)

[Overzicht overige zorgproducten](#)

[Privacyverklaring](#)

[Sjabloon standaardprijslijst](#)

[Toelichting regels afleiding](#)

[Typeringslijsten per specialisme](#)

[Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26a](#)

[Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ26b](#)

[Erratum addendum dbc-release RZ26b](#)

[Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper](#)

[Zorgactiviteiten Tabel](#)

[Zorgproducten Tabel](#)

[Zorgproductgroepen Tabel](#)