

REGISTRATIEWIJZER 2022

TOELICHTING

De Federatie Medisch Specialisten vindt de huidige registratiesystematiek en bijbehorende registratieregels zeer complex. De registratieregels kunnen ruimte geven voor verschillende interpretaties. Ook het wijzigen van de registratieregels kan leiden tot onduidelijkheid.

De Federatie Medisch Specialisten heeft deze Registratiewijzer opgesteld om de leden zo goed mogelijk te informeren over de toepassing in de praktijk van de bindende beleids- en nadere regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Opbouw van de registratiewijzer 2022

De Registratiewijzer bestaat uit twee delen: een Excel bestand en een PDF bestand.

Het Excel bestand bevat een overzicht van de wijzigingen van de beleidsregels en nadere regels van 2022 ten opzichte van de regels in 2021. Dit bestand geeft een beknopte samenvatting en uitleg van de wijzigingen.

Het tweede bestand is dit PDF document. Dit document bevat de meest voorkomende en meest gestelde vragen over registreren. Dit document bevat zowel vragen over de recente wijzigingen als ook algemene vragen over specifieke onderwerpen.

Voor de beantwoording van deze vragen wordt gebruikt gemaakt van de betreffende regelgeving. Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de door de NZa gegeven antwoorden op specifieke vragen. Input kan ook afkomstig zijn van kennis opgedaan in technische overleggen en kennis verkregen vanuit andere branchepartijen.

De vragen zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

- A. Aanspraak (verzekerde/onverzekerde zorg)
- B. Verwijzing
- C. Begrippen
- D. Multidisciplinair
- E. Onderlinge dienstverlening
- F. Dagverpleging - polikliniek
- G. DBC (zorgtrajecten en zorgactiviteiten)
- H. Parallelliteit
- I. eHealth
- J. Facultatieve prestaties
- K. Tarieven
- L. Add-ongeneesmiddelen

Door op de vraag in de inhoudsopgave te klikken, komt u direct bij het antwoord terecht.

Het antwoord kan uit één of meerdere delen bestaan.

De teksten in omliggende vakken zijn afkomstig uit documenten van de NZa, VWS of wetteksten. Dit betreft actuele regelgeving die voor 2022 geldig is, of indien van toepassing geldig vanaf een eerdere datum. De tekst in de tekstvakken is leidend. Er staat bovendien aangegeven welke teksten tot welke datum of vanaf welke datum geldend zijn.

Indien er sprake is van een **wijziging** ten opzichte van 2021, wordt dit toegelicht onder het kopje 'Wijziging'. Hier wordt aangegeven of er sprake is van een tekstuele wijziging met of zonder inhoudelijke wijziging. Dit staat opgenomen in een gestippeld kader.

Onder de tekstvakken staat eventueel nadere informatie en de wijze waarop de tekst uitgelegd wordt. Het kan dan een toelichting betreffen op basis van bijvoorbeeld discussies in overleggen tussen betrokken partijen.

Gebruik van de registratiewijzer 2022

In de voorliggende registratiewijzer zijn ***alleen de regels en bijbehorende teksten opgenomen zoals die gelden vanaf 1 januari 2022 en indien van belang vanaf eerdere data.***

Voor de regels geldend voor 2021, kunt u gebruik maken van de registratiewijzer 2021 (dd. 7 december 2020, versie 1.0).

LET OP:

- De openingsdatum van een DBC bepaalt of de regels van 2021 of 2022 geldend zijn.
- Voor zorgactiviteiten geldt daarentegen dat de uitvoerdatum bepaalt welke regels van dat moment geldend zijn.

Algemene aandachtspunten Registratiewijzer 2022

- De Registratiewijzer is niet gericht op vakspecifieke zaken. De registratiewijzer richt zich op algemene onderwerpen die meerdere, zo niet alle, specialismen betreffen.
Voor een overzicht van meer vakspecifieke wijzigingen voor de DBC-release voor 2022 wordt verwezen naar de betreffende NZa documenten 'Release DBC-pakket RZ22a', 'Release DBC-pakket RZ22b' en 'Release DBC-pakket RZ22c'.
- Waar mogelijk, is bij de definitie van een zorgactiviteit de letterlijke omschrijving in het kader opgenomen inclusief de zorgactiviteitcode (ZA-code).
- Bij de bronverwijzingen zijn, voor zover zinvol, ook de artikel nummers aangegeven.

In onderstaande tabel is aangegeven bij welke vragen er wijzigingen zijn t.o.v. 2021. Daarmee is na te gaan waar er al dan niet sprake is van een inhoudelijke wijziging, met consequenties voor de uitvoering van de regelgeving. Ook zijn er enkele nieuwe vragen toegevoegd of is de vraagstelling aangepast.

Wijzigingen in vragen en antwoorden Registratiewijzer 2022 t.o.v. Registratiewijzer 2021

Hoofdstuk met vragen	Wijziging en/of toevoeging tekst zonder inhoudelijke wijziging in 2022	Wijziging en/of toevoeging tekst met inhoudelijke wijziging in 2022	Aanpassing van de vraagstelling of toevoeging van nieuwe vragen in 2022
A			
B	3		
C	9, 33	11, 12, 19, 20, 34	1, 18
D			
E			
F	3		
G	4, 30	1	
H			
I		12	
J		1, 3	
K		3, 4	
L			

Versiebeheer Registratiewijzer 2022

Versie 1.0. dd. 11 december 2021

DISCLAIMER

De Registratiewijzer FMS 2022 – Deel 1 geeft in het Excel bestand een overzicht van de wijzigingen in de beleidsregels en nadere regels geldig vanaf 01-01-2022 ten opzichte van de beleidsregels en nadere regels zoals deze geldig waren in 2021. De beleidsregels en nadere regels zijn opgesteld door de NZa. De Registratiewijzer FMS 2022 - PDF document bestaat uit de meest gestelde vragen over zowel de wijzigingen in de regelgeving, als ook vragen over de registratie in het algemeen.

Aan deze Registratiewijzer 2022 kunnen geen rechten ontleend worden. De Federatie Medisch Specialisten aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor schade en/of kosten die voortvloeien uit onvolledige en/of foutieve informatie gegeven op de website en vanuit de registratiewijzer.

Voor nadere vragen omtrent de Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten, kunt u contact opnemen met mw. A.C. van Harderwijk, senior adviseur Raad Beroepsbelangen, via e-mailadres ac.vanharderwijk@demedischspecialist.nl.

INHOUDSOPGAVE

A.	AANSPRAAK (VERZEKERDE / ONVERZEKERDE ZORG)	14
A1.	Is verzekerde/onverzekerde zorg opgenomen in de NZa-regelgeving?.....	14
A2.	Wat houdt de zorgactiviteit ‘bijbetaling aandeel onverzekerde zorg’ in?	14
A3.	Wat betekent het als een zorgactiviteit een ‘aanspraak’ kent?.....	15
A4.	Wat betekent een aanspraak code?	15
A5.	Wat betekent het als een zorgactiviteit een rode of oranje kleur heeft?.....	17
A6.	Wat betekent het als in een subtraject ook zorgactiviteiten zijn geregistreerd die niet onder de basisverzekering vallen?	19
A7.	Wat betekent het als een zorgactiviteit geen kleurcode heeft?	19
A8.	Op welke wijze werkt een zorgactiviteit met een kleurcode door in de afleiding naar zorgproduct?.....	20
A9.	Welke regel geldt als een kleurcodering wijzigt?.....	21
A10.	Hoe wordt een declaratiecode bepaald van een zorgactiviteit met een kleurcode?	22
B.	VERWIJZING	24
B1.	Wat is een verwijzing?	24
B2.	Is een verwijzing verplicht?	24
B3.	Voor welke soort zorg is geen verwijzing nodig?	25
B4.	Wie mogen verwijzen?.....	26
B5.	Hoe lang is een verwijzing geldig?	26
B6.	Naar wie kan worden verwezen?	27
B7.	Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op de SEH?	28
B8.	Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op een niet-SEH?	29
B9.	Aan welke vormvereisten dient een verwijzing te voldoen?.....	29
B10.	Welke verwijzer dient geregistreerd te worden bij een vervoltraject?	30
B11.	Welke types verwijzer bestaan er?	30
B12.	Mogen taakherschikkers zelf doorverwijzen?	31
B13.	Mogen arts-assistenten zelf doorverwijzen?	31
C.	BEGRIPPEN	32
C1.	Wat is een AGB-code?.....	32

C2. Wat wordt verstaan onder het begrip eigen zorgverlener?.....	32
C3. Wat wordt verstaan onder het begrip eigen patiënt?.....	33
C4. Wat wordt verstaan onder het begrip solist?	33
C5. Aan welke voorwaarden moet een solist voldoen?	34
C6. Wat is de definitie van hoofdbehandelaar?	34
C7. Kan er sprake zijn van meerdere hoofdbehandelaren bij eenzelfde patiënt?	35
C8. Wat is de definitie van poortfunctie?	35
C9. Wat is de definitie van een poortspecialist?.....	36
C10. Wat is het onderscheid tussen poortfunctie en poortspecialisme?	36
C11. Wat is de definitie van een klinisch intercollegiaal consult (ICC)?.....	37
C12. Wat wordt verstaan onder medebehandeling?	38
C13. Wat is het onderscheid tussen een klinisch intercollegiaal consult (ICC) en een medebehandeling?.....	39
C14. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgvraag?	40
C15. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgactiviteit?	41
C16. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgprofielklasse (ZPK)?	42
C17. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgproduct?.....	43
C18. Wat wordt verstaan onder add-on?.....	43
C19. Wat wordt verstaan onder overige zorgproducten (OZP)?.....	44
C20. Welke soorten overige zorgproducten (OZP) bestaan er?	45
C21. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgtraject?.....	46
C22. Wat wordt verstaan onder het begrip subtraject?.....	47
C23. Wat is de definitie van een ondersteunend specialist?	48
C24. Welke ondersteunend specialisten kunnen in bepaalde gevallen fungeren als poortspecialist?.....	48
C25. Wat is een second opinion?.....	48
C26. Wat is de definitie van taakherschikking?	49
C27. Wat zijn de bevoegdheden van arts-assistenten?.....	50
C28. Wat zijn de bevoegdheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten?	51
C29. Wat zijn de bevoegdheden van klinisch technologen?.....	53
C30. Wat is de definitie van een groepsconsult?	54

C31. Wat is een overloop DBC?	55
C32. Wat wordt verstaan onder het begrip grouper?	55
C33. Wat wordt verstaan onder eerstelijnsdiagnostiek?	56
C34. Wat wordt verstaan onder supplementaire producten?	57
C35. Wat is een uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger?	58
C36. Wat is een herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent?	59
C37. Wat is een klinische zorgdag in de thuissituatie?	59
C38. Wat wordt verstaan onder Informatieverstrekking?	60
C39. Wat wordt verstaan onder de diagnose-combinatie tabel?	60
C40. Wat wordt verstaan onder de typerende diagnose?	61
C41. Wat wordt verstaan onder het begrip face-to-face?	62
D. MULTIDISCIPLINAIR	63
D1. Wat is de definitie van multidisciplinair consult?	63
D2. Wie mag een multidisciplinair consult registreren?	63
D3. Wat is de definitie van multidisciplinair overleg?	64
D4. Wie mag een multidisciplinair overleg registreren?	64
D5. Wanneer mag er geen multidisciplinair overleg geregistreerd worden?	65
D6. Hoe moet de participatie van (poort)specialisten bij een multidisciplinair overleg en multidisciplinair consult worden geregistreerd?	66
D7. Wat is de definitie van multidisciplinaire behandeling?	66
D8. Wanneer is géén sprake van een multidisciplinaire behandeling?	67
D9. Hoe moet een multidisciplinaire behandeling geregistreerd worden?	68
E. ONDERLINGE DIENSTVERLENING	70
E1. Wat wordt verstaan onder onderlinge dienstverlening?	70
E2. Wanneer is sprake van onderlinge dienstverlening?	71
E3. Wanneer is géén sprake van onderlinge dienstverlening?	72
E4. Hoe wordt de onderlinge dienstverlening geregistreerd?	73
E5. Hoe wordt onderlinge dienstverlening gedeclareerd?	73

E6. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder, eindigt dan de onderlinge dienstverlening?	75
E7. Is het toegestaan dat twee instellingen een zorgtraject openen indien er sprake is van uitbesteding van diagnostiek aan een ander ziekenhuis?.....	75
F. DAGVERPLEGING - POLIKLINIEK	77
F1. Wat is de definitie van dagverpleging?	77
F2. Wat is de definitie van een verpleegdag?.....	77
F3. Hoe moet een verpleegdag geregistreerd worden?	78
F4. Wat is de definitie van polikliniekbezoek?	79
F5. Wat is definitie van een eerste polikliniekbezoek?	80
F6. Wanneer mag een eerste polikliniekbezoek geregistreerd worden?	81
F7. Wie mag een polikliniekbezoek registreren?	82
F8. Mag een zorgtraject meerdere eerste polikliniekbezoeken bevatten?	82
F9. Wat is definitie van een herhaalpolikliniekbezoek?.....	83
F10. Wanneer mag een polikliniekbezoek (niet zijnde ‘eerste’) geregistreerd worden?.....	84
F11. Wanneer mag een polikliniekbezoek niet geregistreerd worden?	84
F12. Wat valt niet onder een polikliniekbezoek?	85
F13. Mag bij een verrichting een polikliniekbezoek geregistreerd worden?	85
F14. Wanneer mogen er op één dag meerdere polikliniekbezoeken geregistreerd worden?	86
F15. Mag een screen-to-screen contact geregistreerd worden als vervanging voor een fysiek polikliniekbezoek?.....	87
F16. Mag naast een spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling een polikliniekbezoek worden vastgelegd?	87
F17. Mag naast een spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis een polikliniekbezoek worden vastgelegd?	88
F18. Wat geldt bij 1 policontract (b.v. op SEH) waar bij meerdere zorgvragen meerdere hoofdbehandelaren van verschillende specialismen betrokken zijn?.....	88
F19. Wanneer wordt een langdurige observatie zonder overnachting geregistreerd?	89
G. DBC (ZORGTRAJECTEN EN ZORGACTIVITEITEN)	90
G1. Wat zijn de algemene registratiebepalingen?	90
G2. Wat is de startdatum van het zorgtraject?	92

G3. Wat is de startdatum van een zorgtraject als deze voortvloeit uit een overig zorgproduct voor eerstelijnsdiagnostiek of paramedische behandeling en diagnostiek?	93
G4. Wie mag een zorgtraject openen, sluiten en declareren?.....	93
G5. Wie mag welke zorgactiviteiten registreren binnen een zorgtraject?	94
G6. Wat zijn de voorwaarden voor het openen van een zorgtraject?.....	97
G7. Welke gegevens worden er geregistreerd bij een zorgtraject?	98
G8. Wat zijn de voorwaarden voor het openen van zorgtrajecten met subtrajecten?	98
G9. Welke verschillende zorgtrajecten met subtrajecten bestaan er?.....	100
G10. Welke gegevens worden er geregistreerd bij een subtraject?.....	101
G11. Welke gegevens worden er geregistreerd bij zorgactiviteiten?.....	102
G12. Wanneer mag een zorgtraject worden geopend door een tweede poortspecialist?	103
G13. Mag een zorgverlener een DBC-zorgtraject openen als er in het gehele zorgtraject geen face-to-face contact plaatsvindt?	104
G14. Hoe borgt de regelgeving dat waar nodig een fysiek face-to-face contact plaatsvindt?	104
G15. Wanneer wordt een DBC-zorgtraject gesloten?	105
G16. Wanneer wordt een DBC-subtraject gesloten?	106
G17. Welke zorg moet worden geregistreerd?.....	108
G18. Wanneer kunnen activiteiten in de DBC geregistreerd worden?.....	109
G19. Welke activiteiten worden in het DBC-subtraject geregistreerd?.....	109
G20. Wat houdt de registratieverplichting van de ICD-10 in?	110
G21. Wie registreert/declareert een poliklinische controle na een opname/ingreep?.....	110
G22. Wanneer mogen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij doorverwijzing?	110
G23. Hoe verloopt de registratie na een behandeling bij een zorgaanbieder als patiënt daarna weer wordt terugverwezen naar de oorspronkelijke zorgaanbieder?	112
G24. Hoe moet een complicatie of heroperatie geregistreerd worden?.....	112
G25. Kan een diagnosecode gewijzigd worden in de loop van een zorgtraject?	113
G26. Mag een medisch specialist, arts-assistent of SEH-arts meerdere DBC's van verschillende poortspecialismen openen tijdens een contact op de SEH?.....	114
G27. Wat is bepalend voor de DBC-zorgproducten en zorgactiviteiten in een overgang van het ene naar het andere kalenderjaar?	116
G28. Wanneer wordt een klinische opname geregistreerd?	117
G29. Hoe worden overige zorgproducten (OZP) geregistreerd?.....	117

G30. Wanneer mag een klinisch intercollegiaal consult geregistreerd worden?	118
G31. Wanneer moet een intercollegiaal consult omgezet worden naar medebehandeling?	119
G32. Wat zijn de registratievereisten voor een klinische zorgdag in de thuissituatie?	121
H. PARALLELLITEIT	123
H1. Wat is een parallel zorgtraject?.....	123
H2. Wanneer mag een parallel zorgtraject worden geopend?	123
H3. Wanneer mag er geen parallel zorgtraject worden geopend?	126
H4. Wanneer mag een parallel zorgtraject bij dubbelzijdige aandoeningen worden geopend?	127
H5. Wanneer mag een ander poortspecialisme een zorgtraject openen?	128
H6. Is het toegestaan om meerdere (parallele) zorgtrajecten te openen als een patiënt onder behandeling is van een poortspecialisme en aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd door een ander poortspecialisme?	129
H7. Is het toegestaan om meerdere (parallele) zorgtrajecten te openen als meerdere specialismen gecombineerd diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid uitvoeren?	130
H8. Is het toegestaan om meerdere (parallele) zorgtrajecten te openen als meerdere specialismen deelnemen aan het te voeren beleid?.....	130
I. EHEALTH	131
I1. Wat wordt verstaan onder een belconsult?	131
I2. Wanneer mag een belconsult geregistreerd worden?	131
I3. Wat wordt verstaan onder een schriftelijke consultatie?	132
I4. Wanneer mag een schriftelijke consultatie geregistreerd worden?.....	132
I5. Wat wordt verstaan onder een screen-to-screen consult?.....	133
I6. Wanneer mag een screen-to-screen consult geregistreerd worden?	134
I7. Kan een e-consult buiten de instelling plaatsvinden?	135
I8. Kan een polikliniekbezoek buiten de instelling plaatsvinden?	135
I9. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een belconsult?.....	136
I10. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een schriftelijke consultatie?	137
I11. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een screen-to-screen consult?	137
I12. Welke zorgactiviteiten kunnen op afstand plaatsvinden?.....	138
I13. Welke zorgactiviteiten mogen niet op afstand plaatsvinden?	139
I14. Wat wordt verstaan onder telemonitoring?.....	139

I15. Wat zijn de uitgangspunten in de regelgeving voor het registreren van zorgactiviteiten op afstand?	140
J. FACULTATIEVE PRESTATIES.....	141
J1. Wat wordt verstaan onder de facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?	141
J2. Hoe verloopt de aanvraagprocedure voor een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?	142
J3. Wat zijn de voorwaarden voor het indienen van een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?	143
J4. Wat zijn de declaratiebepalingen voor een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?	144
J5. Welke facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg zijn tot op heden opgenomen in de regelgeving?	145
J6. Hoe worden facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg bekostigd?	146
K. TARIEVEN.....	147
K1. Hoe wordt een DBC-tarief opgebouwd?	147
K2. Welke tariefsoorten bestaan er?	147
K3. Wat zijn de regels voor de tarieven voor het gereguleerde segment?	148
K4. Wat wordt verstaan onder max-max tarieven voor het gereguleerde segment?	149
K5. Welke prijzen gelden voor DBC's in het vrije segment?	150
K6. Welke tariefsoort behoort bij welke prestatie?	150
K7. Hoe wordt een tarief berekend?	151
K8. Wat is het passantentarief?	151
K9. Hoe worden overige zorgproducten bekostigd?	152
K10. Wat wordt bedoeld met 'tarieftypen'?	152
K11. Wat zijn de algemene declaratiebepalingen?	154
K12. Wat zijn de declaratiebepalingen voor dbc-zorgproducten?	155
K13. Wat zijn de declaratiebepalingen voor overige zorgproducten?	155
L. ADD-ONGENEESMIDDELEN.....	158
L1. Algemene informatie en bronnen	158
L2. Wat is de G-standaard?	159
L3. Wat is de Z-index?	159
L4. Wat is offlabel gebruik?	160

L5. Wat is een apotheekbereiding?	160
L6. Wat zijn equivalente geneesmiddelen?.....	161
L7. Wanneer is géén aanvraag voor een add-ongeneesmiddel meer vereist?.....	161
L8. Hoe verloopt de aanvraag voor een add-on voor een geneesmiddel?	161
L9. Hoe verloopt de beoordelingsprocedure voor geneesmiddelen als add-on?.....	162
L10. Waar is te vinden welke aanvragen voor add-on er lopen?.....	164
L11. Waar is te vinden welke geneesmiddelen als add-on gelden?	164
L12. Wanneer is het zinvol om voor een geneesmiddel een add-on aanvraag te doen?.....	164
L13. Wie vraagt een off-label indicatie aan voor een add-on geneesmiddel?	166
L14. Wat is de regel als er een indicatie als add-on wordt toegevoegd waarvoor het geneesmiddel NIET geregistreerd is?.....	167
L15. Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on geneesmiddelen in de G-standaard?	168
L16. Hoe wordt de prestatiebeschrijving van add-ongeneesmiddelen bepaald?	170
L17. Is de indicatie onderdeel van de prestatie add-ongeneesmiddel?	171
L18. Hoe worden add-ongeneesmiddelen geregistreerd?	171
L19. Hoe worden add-ongeneesmiddelen gedeclareerd?.....	172
L20. Mag een add-ongeneesmiddel gedeclareerd worden als deze wel is bereid, maar niet is toegediend aan de patiënt?	174
L21. Welke declaratiebepalingen zijn van toepassing op add-ongeneesmiddelen?	174
L22. Hoe wordt het tarief van een add-ongeneesmiddel bepaald?	176
L23. Wat houdt het (integraal) tarief voor een add-ongeneesmiddel in?	177
L24. Wordt een add-ongeneesmiddel automatisch vergoed door de verzekeraar?	178
L25. Moet de indicatie waarvoor het geneesmiddel is verstrekt geregistreerd worden?	179
L26. Welke gegevens moeten geregistreerd worden bij de registratie van add-ongeneesmiddelen?	179
M. BIJLAGES.....	181

A. AANSPRAAK (VERZEKERDE / ONVERZEKERDE ZORG)

A1. Is verzekerde/onverzekerde zorg opgenomen in de NZa-regelgeving?

Onverzekerde zorg

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

Verzekerde zorg

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

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, sub dd en oo.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

In de reikwijdte van de Beleidsregel is tevens het volgende opgenomen:

‘Onder de zorg genoemd in het eerste en tweede lid wordt in dit kader van deze beleidsregel zowel verzekerde als onverzekerde zorg begrepen’.

A2. Wat houdt de zorgactiviteit ‘bijbetaling aandeel onverzekerde zorg’ in?

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

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

Bron: NR/REG-2207a, art. 29, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

A3. Wat betekent het als een zorgactiviteit een ‘aanspraak’ kent?

Niet alle zorg die medisch specialisten leveren en in rekening brengen, maakt deel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Zorginstituut Nederland stelt een overzicht op van zorgactiviteiten met een aanspraakcode voor de Zvw.

Het door het Zorginstituut opgestelde document geeft een overzicht van alle zorgactiviteiten waaraan, binnen het DBC-bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorg, ‘aanspraakcodes’ zijn gekoppeld. Dit ter verduidelijking van beperkingen of uitsluitingen van de aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in relatie tot het DBC-bekostigingssysteem.

Aanspraakcodes zijn toegekend op basis van de wet- en regelgeving en standpunten die het Zorginstituut heeft uitgebracht. Zorgactiviteiten zonder aanspraakcode zijn niet opgenomen in dit document, maar dat betekent niet dat er geen beperkingen of uitsluiting van toepassing zouden kunnen zijn voor deze zorgactiviteiten. In het document is hierover meer informatie opgenomen.

Dit overzicht kan gedurende het jaar gewijzigd worden en is te vinden op de website van het Zorginstituut Nederland.

(Bron: zorginstituutnederland.nl)

A4. Wat betekent een aanspraak code?

Om het registratie- en declaratieproces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te faciliteren geeft het Zorginstituut binnen de DBC-systematiek op het niveau van zorgactiviteiten aan welke zorg niet, of onder voorwaarden onder de dekking van het basispakket valt. Dit doet het Zorginstituut op basis van de wet- en regelgeving en standpunten die het Zorginstituut heeft uitgebracht. In die gevallen koppelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan de betreffende zorgactiviteit een ‘aanspraakcode’. In dit document geeft het Zorginstituut een overzicht van alle zorgactiviteiten waaraan een aanspraakcode is gekoppeld.

Zorginstituut Nederland heeft echter niet t.a.v. alle medisch specialistische zorg die in de praktijk wordt verricht (en m.b.v. DBC-zorgproducten wordt gedeclareerd) beoordeeld of deze onder de basisverzekering valt. Dat hangt samen met het feit dat voor de medisch specialistische zorg een zogenoemd open systeem van verzekeringsaanspraken bestaat. In de wet- en regelgeving is in algemene bewoordingen omschreven welke zorg tot de basisverzekering behoort. Een nieuwe interventie, die te scharen is onder die algemene omschrijving, valt automatisch onder de basisverzekering. Dit kan gebeuren zonder dat Zorginstituut Nederland voorafgaande aan introductie van de zorg in de praktijk toetst of de zorg tot het verzekerde pakket behoort. Het kan ook voorkomen dat een nieuwe interventie, of ene nieuwe indicatie bij een bestaande interventie, (nog) niet voldoet aan de algemene omschrijving. In dat geval mogen de relevante zorgactiviteiten of daaruit afgeleide DBC-zorgproducten niet ten laste van het basispakket worden gedeclareerd, ondanks dat er aan die zorgactiviteiten geen aanspraakcodes zijn gekoppeld.

De aanspraakcodes die aan zorgactiviteiten zijn toegekend kunnen worden verdeeld in twee categorieën: 'rood' en 'oranje'. In hoofdstuk 6 is een overzicht van alle rode en oranje aanspraakcodes opgenomen. De zorgactiviteiten en aanspraakcodes zijn weergegeven conform release RZ18b van de NZa (ingangsdatum 01-01-2018). Dit document geeft de aanspraakstatus van geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van specialistische geneeskunde zorg, niet weer.

Geen aanspraakcode: niet per definitie verzekerde zorg

Zorgactiviteiten zonder aanspraakcode zijn niet door Zorginstituut Nederland beoordeeld, of een beoordeling gaf geen aanleiding voor het toekennen van een aanspraakcode. In beide gevallen kunnen zorgactiviteiten zonder aanspraakcode dus verzekerde zorg en onverzekerde zorg betreffen. Te allen tijde geldt dat de wet- en regelgeving leidend is voor de vraag of er sprake is van verzekerde zorg. Het is primair aan zorgverzekeraars om te bepalen of gedeclareerde zorg ook verzekerde zorg is.

Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw, dd. 26 okt. 2021.

Geldigheid: het overzicht kan tijdens het jaar gewijzigd worden.

Toelichting:

Het Zorginstituut beoordeelt in hoeverre de gehanteerde zorgactiviteiten binnen de dbc-systematiek onder de basisverzekering vallen. Zorgactiviteiten die volgen het Zorginstituut niet of onder voorwaarden onder de basisverzekering vallen, krijgen van de NZa een code voor aanspraakbeperking. Deze code neemt de NZa op in de Zorgactiviteiten Tabel. Daarnaast is er een Aanspraak Code Tabel, waarin de mogelijke codes van de aanspraakbeperkingen zijn opgenomen.

LET OP:

Het is belangrijk dat men zich realiseert dat bepaalde zorgactiviteiten (zowel diagnostiek als ingrepen) dus **niet** vallen onder de basisverzekering. De Zorgverzekeringswet (Zvw) is specifiek bedoeld voor de compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg bij een verzekerde. Activiteiten die een ander doel dienen, vallen buiten het domein van de basisverzekering en mogen dus niet vanuit de basisverzekering worden betaald.

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 verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 23, lid 1 en 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Als iets buiten de zorgverzekeringswet valt, betekent dit nog niet dat het niet geregistreerd hoeft te worden. **Elke activiteit die een zorgactiviteiten omschrijving en een zorgactiviteiten code heeft moet worden geregistreerd***). De zorgactiviteitenlijst van de NZa is daarbij leidend.

*(Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw, dd. 26 oktober 2021.
Let op: het overzicht kan tijdens het jaar gewijzigd worden.)*

*) Over de verplichting om een zorgactiviteit te moeten registreren is in 2011 een CBb uitspraak gedaan. Daaruit is voortgekomen dat het met name voor onverzekerde zorg niet perse noodzakelijk is, waardoor deze apart bij de patiënt in rekening gebracht kan worden. De NZa gedooft deze uitwerking.

(Bron: Zaak AWB 11/702: aanwijzing van de Nederlandse Zorgautoriteit aan een privékliniek voor cosmetische plastische chirurgie om overeenkomstig de DBC-systematiek te declareren.)

A5. Wat betekent het als een zorgactiviteit een rode of oranje kleur heeft?

De aanspraakcodes die aan zorgactiviteiten zijn toegekend kunnen worden verdeeld in twee categorieën: 'rood' en 'oranje'.

De zorgactiviteiten en aanspraakcodes zijn weergegeven conform release RZ21b van de NZa (ingangsdatum 01-01-2021. Dit document geeft de aanspraakstatus van geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van specialistische geneeskundige zorg, niet weer.

Geen aanspraakcode: niet per definitie verzekerde zorg

Zorgactiviteiten zonder aanspraakcode zijn niet door Zorginstituut Nederland beoordeeld, of een beoordeling gaf geen aanleiding voor het toekennen van een aanspraakcode. In beide gevallen kunnen zorgactiviteiten zonder aanspraakcode dus verzekerde zorg en onverzekerde zorg betreffen. Te allen tijde geldt dat de wet- en regelgeving leidend is voor de vraag of er sprake is van verzekerde zorg. Het is primair aan zorgverzekeraars om te bepalen of gedeclareerde zorg ook verzekerde zorg is.

Rode aanspraakcode: geen verzekerde zorg

Als het Zorginstituut een standpunt heeft ingenomen over een bepaalde behandeling, kan de uitkomst daarvan zijn dat deze geen verzekerde zorg is ongeacht de indicatie waarbij die wordt uitgevoerd. Deze zorgactiviteiten worden voorzien van een zogenoemde 'rode' aanspraakcode. Ook zorgactiviteiten die zorg beschrijven die buiten de Zvw vallen worden voorzien van een rode aanspraakcode. Rood staat dus voor zorg die niet onder de verzekeringsdekking valt.

Oranje aanspraakcode: in bepaalde gevallen of onder bepaalde voorwaarden verzekerde zorg

Het Zorginstituut beoordeelt interventies altijd in combinatie met een indicatie. Een uitspraak dat zorg bij een indicatie wel of geen verzekerde zorg is, geeft meestal geen expliciet uitsluitel over de vraag wat de aanspraak is bij een andere indicatie. Alleen als de zorg bij niet-beoordeelde indicaties voldoet aan de algemene bewoordingen van de regelgeving is sprake van verzekerde zorg en kan de desbetreffende zorgactiviteit ten laste van de basisverzekering worden gedeclareerd. Ook zorg waarbij

in de wet- of regelgeving beperkingen of voorwaarden zijn voor vergoeding, zoals bij plastische chirurgie, heeft een oranje aanspraakcode.

Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw, dd. 26 oktober 2021.

Geldigheid: het overzicht kan tijdens het jaar gewijzigd worden.

Het Zorginstituut geeft ten behoeve van het DBC-systeem aan of zorg die omschreven is in een zorgactiviteit wel of geen deel uitmaakt van de Zvw. Zorgactiviteiten die volgens het Zorginstituut niet of onder voorwaarden onder de Zvw vallen, krijgen een code voor aanspraakbeperking (aanspraakcode). Deze code neemt DBC-Onderhoud op in de Zorgactiviteiten Tabel. Een zorgactiviteit met aanspraakcode wordt ook voorzien van een kleurcode. Hierbij worden de volgende twee kleuren onderscheiden:

- Rood: geen verzekerde zorg (aanspraakcode 16xx);
- Oranje: onder bepaalde voorwaarden verzekerde zorg (aanspraakcode 26xx / 27xx). Bijvoorbeeld bij specifieke indicatieinterventiecombinaties.

De overige activiteiten (niet rood of oranje) zijn ongekleurd. Voor deze activiteiten geldt dat het Zorginstituut hier (nog) geen uitspraak over heeft gedaan, of dat er sprake is van verzekerde zorg. In de bijlage vindt u meer informatie over de kleuring van zorgactiviteiten. Wanneer het Zorginstituut (nog) geen uitspraak heeft gedaan, valt een ongekleurde zorgactiviteit niet zonder meer onder de basisverzekering. Deze kleuring is in de systematiek ingebracht om partijen te faciliteren in het hanteren van de juiste declaratiemethode. De Zvw en regeling zorgverzekering zijn echter bepalend voor de vraag of de zorg ten laste van de basisverzekering gebracht kan worden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben hierin hun eigen verantwoordelijkheid.

Bron: NZa Circulaire CI/14/45c.

Geldigheid: tot op heden.

Toelichting:

Er staan nog meer aanvullende codes in het document met ook een specifieke omschrijving. Zie daarvoor verder het bedoelde document. Het document kan tussentijds gewijzigd worden.

LET OP:

Zorgactiviteiten zonder een kleuring, vallen dus niet per definitie onder de basisverzekering!

Het kan ook zijn dat Zorginstituut Nederland over de zorg die schuilgaat achter een bepaalde zorgactiviteit (nog) geen uitspraak heeft gedaan. Het kan ook zijn dat een zorgactiviteit na verloop van tijd toegepast wordt bij een nieuwe indicatie en dat het Zorginstituut over de zorg bij die specifieke indicatie nog geen uitspraak heeft gedaan.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag [A7. Wat betekent het als een zorgactiviteit geen kleurcode heeft?](#)

A6. Wat betekent het als in een subtraject ook zorgactiviteiten zijn geregistreerd die niet onder de basisverzekering vallen?

Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg (199871 t/m 199874, 199881 t/m 199886, 199891 t/m 199897, 199903 t/m 199907)

Deze overige verrichtingen kunnen enkel gedeclareerd worden indien er onverzekerde zorg in combinatie met verzekerde zorg wordt geleverd tijdens de looptijd van een dbc-zorgproduct. Indien binnen de looptijd van een dbc-zorgproduct uitsluitend onverzekerde of verzekerde zorg wordt geleverd, dan dient gebruik gemaakt te worden van reguliere zorgactiviteiten die binnen het dbc-zorgproduct worden vastgelegd.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 29, lid 1.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

LET OP:

Bovenstaande situatie van de mogelijkheid van bijbetaling van het aandeel voor onverzekerde zorg betreft voornamelijk zorg met betrekking tot bepaalde behandelingen van varices en het gebruik van bepaalde implantlenzen bij oogheelkundige zorg.

A7. Wat betekent het als een zorgactiviteit geen kleurcode heeft?

Geen aanspraakcode: niet per definitie verzekerde zorg

Zorgactiviteiten zonder aanspraakcode zijn niet door Zorginstituut Nederland beoordeeld, of een beoordeling gaf geen aanleiding voor het toekennen van een aanspraakcode. In beide gevallen kunnen zorgactiviteiten zonder aanspraakcode dus verzekerde zorg en onverzekerde zorg betreffen. Te allen tijde geldt dat de wet- en regelgeving leidend is voor de vraag of er sprake is van verzekerde zorg. Het is primair aan zorgverzekeraars om te bepalen of gedeclareerde zorg ook verzekerde zorg is.

*Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw, dd. 26 oktober 2021.
Geldigheid: het overzicht kan tijdens het jaar gewijzigd worden.*

Toelichting:

Er zijn zorgactiviteiten die geen aanspraakcode hebben en dus ook geen kleur krijgen (de zogenoemde ongekleurde zorgactiviteiten). Meestal is dan sprake van verzekerde zorg ingevolge de Zvw. Het kan echter ook zijn dat Zorginstituut Nederland over de zorg die schuilgaat achter een bepaalde zorgactiviteit (nog) geen uitspraak heeft gedaan. Het kan ook zijn dat een zorgactiviteit na verloop van tijd toegepast wordt bij een nieuwe indicatie en dat het Zorginstituut over de zorg bij die specifieke indicatie nog geen uitspraak heeft gedaan.

LET OP:

Het Zorginstituut Nederland heeft niet t.a.v. alle medisch specialistische zorg die in de praktijk wordt verricht en m.b.v. DBC's/zorgactiviteiten wordt gedeclareerd, beoordeeld of deze onder de basisverzekering valt. Dat hangt samen met het feit dat voor de medisch specialistische zorg een zogenoemd open systeem van verzekeringsaanspraken bestaat.

In de wet- en regelgeving is in algemene bewoordingen omschreven welke zorg tot de basisverzekering behoort. Een nieuwe interventie, die te scharen is onder die algemene omschrijving, valt automatisch onder de basisverzekering. Dit kan gebeuren zonder dat Zorginstituut Nederland voorafgaande aan introductie van de zorg in de praktijk toetst of de zorg tot het verzekerde pakket behoort. Het kan ook voorkomen dat een nieuwe interventie, of een nieuwe indicatie bij een bestaande interventie, (nog) niet voldoet aan de algemene omschrijving. In dat geval mogen de relevante zorgactiviteiten of daaruit afgeleide DBC-zorgproducten niet ten laste van het basispakket worden gedeclareerd, ondanks dat er aan die zorgactiviteiten geen aanspraakcodes zijn gekoppeld.

A8. Op welke wijze werkt een zorgactiviteit met een kleurcode door in de afleiding naar zorgproduct?

Toelichting:

Voor sommige producten binnen de dbc-systematiek kan de aanspraak op vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering zijn uitgesloten of beperkt.

Het Zorginstituut beoordeelt in hoeverre de gehanteerde zorgactiviteiten binnen de dbc-systematiek onder de basisverzekering vallen. Zorgactiviteiten die volgens het Zorginstituut niet of onder voorwaarden onder de basisverzekering vallen, krijgen van de NZa een code voor aanspraakbeperking. Deze code neemt de NZa op in de Zorgactiviteiten Tabel. Daarnaast is er een Aanspraak Code Tabel, waarin de mogelijke codes van de aanspraakbeperkingen zijn opgenomen.

De zorg waarvoor een aanspraakbeperking geldt, is gelabeld op niveau van zorgactiviteit en zorgproduct. In eerste instantie op zorgactiviteit niveau (middels rode en oranje aanspraakcodes), omdat het systeem van de Zvw het meest aansluit bij verrichtingen en omdat zorgactiviteiten een centrale rol spelen bij de afleiding van zorgproducten. Tijdens het afleidingsproces vindt de uiteindelijke labeling plaats op het niveau van zorgproducten (middels rode en groene declaratiecodes).

Zorgactiviteiten hebben een **kleurcode (rood, oranje of geen kleur)**. Zorgactiviteiten in het profiel van een DBC-zorgproduct genereren, afhankelijk van de kleurcode, een gekleurde (rode of groene) **declaratie** code. Rood betekent geen declaratie voor de basisverzekering, groen betekent (meestal) verzekerde zorg.

In de Zorgactiviteiten Tabel leidt het toekennen van aanspraakcodes tot een onderscheid in drie soorten zorgactiviteiten:

- **Oranje zorgactiviteiten**
 - ⇒ Kunnen zowel naar verzekerde als onverzekerde zorg afleiden.
 - ⇒ Wel medische indicatie = verzekerde zorg
 - ⇒ Geen medische indicatie = onverzekerde zorg

Deze hebben een aanspraakcode met een code in de 26xx- of 27xx-range, wat betekent dat deze zorg alleen onder bepaalde voorwaarden in het basispakket valt. Voor deze zorg moet de zorgaanbieder aangeven of aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan.

- **Rode zorgactiviteiten**

⇒ Leiden af naar onverzekerde zorg

Deze hebben een aanspraakcode met een code in de 16xx-range, wat betekent dat deze zorg uitgesloten is van vergoeding uit het basispakket.

- **Groene zorgactiviteiten**

⇒ Leiden af naar verzekerde zorg

Dit zijn zorgactiviteiten die geen oranje of rode aanspraakcode toegekend hebben gekregen, wat betekent dat deze zorg in de regel onder de basisverzekering valt.

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 verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.

Bron: NR/REG-2207a, art. 23, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Bij de oranje zorgactiviteiten moet de medisch specialist aangeven of de patiënt voldoet aan de gestelde voorwaarden voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Met andere woorden, de medisch specialist moet nagaan of de patiënt een medische indicatie heeft die volgens de Zvw in aanmerking komt voor vergoeding. Deze medische indicatie bepaalt of er wel of geen aanspraak op vergoeding vanuit het basispakket gemaakt wordt.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag A7. Wat betekent het als een zorgactiviteit geen kleurcode heeft?

A9. Welke regel geldt als een kleurcodering wijzigt?

Kleuring bij overloopsituaties

Het kan voorkomen dat de aanspraakbeperking op een behandeling wijzigt. Dit kan leiden tot een overloopsituatie waarbij bijvoorbeeld eind 2016 een dbc-subtraject (ingangsdatum dbc-zorgproduct) wordt geopend, en in de loop van 2017 een operatie wordt uitgevoerd. Per 1 januari wijzigt de aanspraakbeperking op deze behandeling. Vanaf deze datum wijzigt ook de aanspraakcode van de zorgactiviteit behorende bij deze operatie. Voor deze situatie geldt dat de openingsdatum van het dbc-subtraject leidend is voor de aanspraak(labeling) op vergoeding, en niet de uitvoerdatum van de zorgactiviteit (in dit geval de operatie). Een grouper bepaalt op basis van die datum of het zorgproduct een declaratiecode voor verzekerde zorg of onverzekerde zorg krijgt.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

A10. Hoe wordt een declaratiecode bepaald van een zorgactiviteit met een kleurcode?

In de dbc-systematiek leveren zorginstellingen declaratiedatasets aan een grouper, die hieruit een declarabel dbc-zorgproduct afleidt. Afhankelijk van de afleiding en gestelde voorwaarden krijgt het declarabele dbc-zorgproduct een groene of een rode declaratiecode. Groen staat voor declaratiecode verzekerde basiszorg. Deze declaratiecodes beginnen met 14 of 15 (a- of b-segment). Rood staat voor declaratiecode onverzekerde basiszorg. Deze declaratiecodes beginnen met 16 of 17 (a- of b-segment). De kleur van het zorgproduct staat niet vooraf vast, maar is afhankelijk van de aangeleverde declaratiedataset. Zo zal voor een declaratiedataset met daarin een verrichting met een rode aanspraakcode, een grouper het afgeleide zorgproduct een rode declaratiecode meegeven. Een andere declaratiedataset, met enkel groene verrichtingen, kan voor hetzelfde zorgproduct een groene declaratiecode krijgen.

De kleuring van een dbc-zorgproduct is enkel voorbehouden aan oranje of rode zorgactiviteiten die ook typerend zijn voor het desbetreffende product. Om dit te garanderen zijn zogenoemde paarse knopen geïntroduceerd in de productstructuur (de beslisbomen). Alleen in paarse knopen staat een 'aanspraakbeperkingsensor' aan. Buiten deze paarse knopen hebben de aanspraakcodes van de verrichtingen in de aangeleverde declaratiedatasets geen effect op de kleur van de declaratiecode.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De kleuring van een DBC-zorgproduct is voorbehouden aan oranje of rode zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten dienen daarnaast typerend te zijn voor het desbetreffende product in een paarse knoop. Een paarse knoop bevat een 'aanspraakbeperkingsensor'.

De aanspraakcodes van de verrichtingen in de aangeleverde declaratiedatasets kunnen door deze aanspraakbeperkingsensor een kleurcodering geven aan de declaratiecode.

Aan elke dbc-zorgproductcode wordt een declaratiecode verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities aangeven:

- Of er sprake is van zorg binnen het gereguleerde of vrije segment;
- Of aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering van toepassing is.

Bron: BR/REG-22114a, art. 5, lid 9.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Onderstaande tabel geeft de verdeling van de eerste twee posities van de declaratiecode weer.

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

B. VERWIJZING

B1. Wat is een verwijzing?

De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c, Zorgverzekeringswet art. 14 lid 2.

Geldigheid: tot op heden.

Toelichting:

Er is formeel alleen sprake van een verwijzing als de daartoe gerechtigde zorgaanbieder de zorg van een patiënt overdraagt aan een medisch specialist.

In de praktijk en in de regelgeving van de NZa wordt de term verwijzing breder toegepast, namelijk ook wanneer een zorgaanbieder diagnostiek aanvraagt in een instelling voor medisch specialistische zorg. Hiermee wordt de patiënt niet overgedragen aan de medisch specialist, maar dienen wel de juiste aanvraaggegevens te worden ingevoerd. In deze situatie betreft het 'verwijzers registratie'.

Kortom; ook in bepaalde situaties waarin er geen sprake is van een formele verwijzing conform de Zorgverzekeringswet, dient verwijsregistratie plaats te vinden. Wanneer uit de diagnostische onderzoeken blijkt dat medisch specialistische behandeling noodzakelijk is, dient er een formele verwijzing van een daartoe gerechtigde zorgaanbieder aanwezig te zijn. Een uitzondering hierop is acute zorg die direct volgt op de diagnostiek.

B2. Is een verwijzing verplicht?

De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c, Zorgverzekeringswet art. 14 lid 2.

Geldigheid: tot op heden.

Toelichting:

Voor de toegang tot medisch specialistische zorg is vooraf een verwijzing nodig.

B3. Voor welke soort zorg is geen verwijzing nodig?

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

Bron: NR/REG-2207a, art. 28, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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 fertiliteitsprekeuur van de vrouw, verwijzing van de eerste lijn niet noodzakelijk is.

Bron: NR/REG-2207a, art. 27, lid 1, b.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c, Zorgverzekeringswet art. 14 lid 2.

Geldigheid: tot op heden.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 zonder inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Toevoeging van 'optometrie' als overig zorgproduct waar geen verwijzing voor nodig is.

Toelichting:

Het is echter niet wettelijk vastgelegd wat wordt verstaan onder acute zorg.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag B7. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op de SEH?

B4. Wie mogen verwijzen?

De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars de bevoegdheid om zelf te bepalen welke zorgaanbieders, naast de huisarts, mogen verwijzen naar medisch specialistische zorg. Dat kan dus per zorgverzekeraar verschillen. De zorgverzekeraars hebben gezamenlijk bepaald dat de volgende beroepsgroepen als verwijzer naar medisch specialistische zorg in aanmerking komen:

- huisarts
- arts voor verstandelijk gehandicapten
- specialist ouderengeneeskunde
- bedrijfsarts
- verloskundige
- tandarts

*Bron: NZa Circulaire CI/14/3c, Zorgverzekeringswet.
Geldigheid: tot op heden.*

Toelichting:

Zorgverzekeraars bepalen welke zorgaanbieders zij naast de huisarts als geldige verwijzer opnemen in hun polisvoorwaarden voor de verwijzing naar de tweede lijn (art. 14.2 Zvw). Een opsomming van deze verwijzers wordt opgenomen in de MSZ-overeenkomst tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast levert ZN (Zorgverzekeraars Nederland) jaarlijks een overzicht op van geldige verwijzers per zorgverzekeraar naar tweedelijns zorgaanbieders. Wie mogen verwijzen naar de tweede lijn, kan echter per zorgverzekeraar verschillen.

Naast bovenstaande verwijzers, kunnen ook arts-assistenten, SEH-artsen, physician assistants en verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn in de tweede lijn verwijzen naar de tweede lijn.

B5. Hoe lang is een verwijzing geldig?

Toelichting:

Er is geen wettelijke termijn gesteld aan de geldigheid van een verwijzing. Verzekeraars melden hierover het volgende:

“Een schriftelijke verwijzing vanuit de 1e lijn is 1 jaar geldig ten opzichte van de afgiftedatum, tenzij anders staat aangegeven op de verwijzing. Dat betekent voor de patiënt/verzekerde dat binnen deze termijn een DBC of overig zorgproduct geopend moet worden.

In art. 14 lid 6 van de Zvw is opgenomen dat voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is

verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe zorgverzekeraar niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overlegd.”

LET OP:

Indien er een geldige verwijzing aanwezig was ten tijde van start van het zorgtraject en de patiënt moet vanwege **dezelfde zorgvraag** langdurig onder controle blijven, dan kan ook bij (lege) tussentermijnen de patiënt onder controle blijven en is de verwijzer: ‘eigen’. Het betreft dan verwijzer type 7 (NR/REG-2001a, art. 36, lid m, onder 7). In dit geval is dus géén nieuwe verwijzing nodig.

Er is wél een nieuwe verwijzing nodig indien een patiënt is uitbehandeld en er een ontslagbrief naar de huisarts is gestuurd.

B6. Naar wie kan worden verwezen?

Een zorgaanbieder die geneeskundige zorg levert zoals medisch specialisten die bieden.

Bron: NR/CU-717.

Geldigheid: tot op heden.

Toelichting:

Een zorgaanbieder is een natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daar staat:

Onder zorgaanbieder wordt verstaan:

1°. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;

2°. de natuurlijke 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 onder 1°;

Dit kunnen zijn:

- Poortspecialist.
- Iemand die de poortfunctie uitvoert.

LET OP:

Er is onderscheid te maken in naar wie wordt verwezen *versus* wie wat mag registreren.

Zie voor meer informatie vraag G5. Wie mag welke zorgactiviteiten registreren binnen een zorgtraject?

B7. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op de SEH?

Voor een acute zorgvraag op de SEH is geen verwijzing noodzakelijk.

*Bron: NZa Circulaire CI/14/3c, Zorgverzekeringswet.
Geldigheid: tot op heden.*

Toelichting:

Het is echter niet wettelijk vastgelegd wat wordt verstaan onder acute zorg. Er zijn verschillende definities gangbaar:

Nationaal Kompas Volksgezondheid:

“Alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen.”

Het ministerie van VWS sluit bij deze definitie aan:

“Een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling (VWS, 2008).”

“De acute zorg heeft betrekking op alle vormen van medische zorg die niet uitstelbaar zijn omdat uitstel van de zorg tot een levensbedreigende situatie kan leiden of directe schade voor de gezondheid van een patiënt kan betekenen (VWS 2003).”

RVZ:

“Zorg in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of irreversibele gezondheidsschade’. Dan gaat de acute zorg meer om leven en dood of om (zeer) ernstig letsel met kans op blijvende gezondheidsschade (RVZ 2003, 2008).”

Ook over de locatie en degene die de acute zorg levert, is geen eenduidige definitie vastgesteld. Er kan sprake zijn van acute huisartsenzorg en acute (complexe) medisch specialistische zorg.

In dit document wordt uitgegaan van acute (complexe) medisch specialistische zorg, geleverd in een ziekenhuis. De acute zorg kan in deze definitie geleverd worden op de SEH, maar ook op een niet-SEH afdeling. Hiervan is sprake bij bijvoorbeeld verloskundige zorg.

Het is aan te bevelen over andere acute zorg die niet op de SEH wordt geleverd, aparte afspraken te maken met de zorgverzekeraar.

Toelichting:

Deze codes gelden niet als polibezoek en dienen dus naast het polibezoek te worden geregistreerd. Het is verplicht om de extra zorgactiviteitcodes voor acute zorg op SEH (190015) en acute zorg op niet-SEH (190016) additief te vermelden op de nota.

B8. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op een niet-SEH?

Toelichting:

Voor acute zorg is geen verwijzing noodzakelijk.

Ook over de locatie en degene die de acute zorg levert, is geen eenduidige definitie vastgesteld. Er kan sprake zijn van acute huisartsenzorg en acute (complexe) medisch specialistische zorg.

In dit document wordt uitgegaan van acute (complexe) medisch specialistische zorg, geleverd in een ziekenhuis. De acute zorg kan in deze definitie geleverd worden op de SEH, maar ook op een niet-SEH afdeling. Hiervan is sprake bij bijvoorbeeld verloskundige zorg.

Het is aan te bevelen over acute zorg die niet op de SEH wordt geleverd, aparte afspraken te maken met de zorgverzekeraar. Dit om te voorkomen dat deze zorg gezien wordt als niet-verzekerde zorg.

Toelichting:

Deze codes gelden niet als polibezoek en dienen dus naast het polibezoek te worden geregistreerd. Het is verplicht om de extra zorgactiviteitcodes voor acute zorg op SEH (190015) en acute zorg op niet-SEH (190016) additief te vermelden op de nota.

B9. Aan welke vormvereisten dient een verwijzing te voldoen?

De AGB-code van de zorgaanbieder die een patiënt gericht verwijst naar een tweedelijns zorgaanbieder moet op het verwijsdocument vermeld worden.

Bron: NR/CU-717.

Geldigheid: tot op heden.

Medisch specialistische zorg mag alleen vergoed worden als er sprake is van een verwijzing. Op grond van artikel 36 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg dient een zorgaanbieder een deugdelijke administratie bij te houden. Dit betekent dat het ziekenhuis ook over een vastlegging van de verwijzing dient te beschikken. Het is aan de zorgaanbieder om aan de hand van de administratie aan te tonen dat de verwijzing rechtmatig is.

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c.

Geldigheid: tot op heden.

B10. Welke verwijzer dient geregistreerd te worden bij een vervolgtraject?

Toelichting:

Er dient een nieuwe verwijzing te worden aangevraagd bij de huisarts als de patiënt is uitbehandeld en is terugverwezen naar de huisarts. Dit moet worden vastgelegd in het medisch dossier.

Als de patiënt zich opnieuw bij de huisarts presenteert met dezelfde zorgvraag, voor hetzelfde specialisme, is een nieuwe verwijzing nodig. In dit geval opent de medisch specialist een ZT21.

Indien een verwijzing door de huisarts valt binnen een termijn van 3x120 dagen na afloop van het voorgaande traject, voor dezelfde zorgvraag, dan is er géén nieuwe verwijzing van de huisarts nodig. De medisch specialist opent dan een vervolgtraject (zorgtype 21) aansluitend aan het reeds afgesloten traject.

Voorbeeld

Een patiënt wordt door een huisarts doorverwezen naar de chirurg voor een nieuwe zorgvraag. De chirurg opent een traject met zorgtype 11. Na verloop van tijd wordt er door de chirurg een vervolgsbtraject (zorgtype 21) geopend in het kader van dezelfde zorgvraag. De verwijsgegevens worden overgenomen vanuit de initiële DBC.

Er zijn twee situaties mogelijk om de verwijzer te registreren:

1. Als de patiënt nog niet is uitbehandeld en er een vervolgtraject (zorgtype 21) wordt geopend, is de chirurg de verwijzer.
Verwijstype 7: eigen patiënt.
2. Als de patiënt wel is uitbehandeld en is terugverwezen naar de huisarts en het traject is gesloten en de patiënt via de huisarts opnieuw wordt verwezen voor dezelfde zorgvraag bij hetzelfde specialisme, dan opent de chirurg een nieuw zorgtraject (zorgtype 11). In dit geval is de huisarts de verwijzer.
Verwijstype 4: niet-SEH, vanuit de eerste lijn.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag [B11. Welke types verwijzer bestaan er?](#)

B11. Welke types verwijzer bestaan er?

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 (een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
3. Verwezen patiënt SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).

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

*Bron: NR/REG-2207a, art. 36, lid m.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

B12. Mogen taakherschikkers zelf doorverwijzen?

Toelichting:

Er is geen uniforme regeling opgesteld inzake verwijzing door taakherschikkers. Over het algemeen zijn de volgende uitgangspunten van toepassing:

- Taakherschikkers mogen verwijzen van de 2^e lijn naar de 2^e lijn.
- Voor verwijzing vanuit de 1^e naar de 2^e lijn geldt dit niet. De huisarts en verloskundige gelden als verwijzers uit de 1^e lijn.

Onder taakherschikker wordt verstaan: “een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent, niet zijnde een medisch specialist”. Het betreft hier verpleegkundig specialisten of physician assistants. Verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam binnen de medisch specialistische zorg mogen verwijzen naar de medisch specialistische zorg.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag C26. Wat is de definitie van taakherschikking?

B13. Mogen arts-assistenten zelf doorverwijzen?

Toelichting:

Arts-assistenten mogen verwijzen naar de 2e lijn. Dit is onder verantwoordelijkheid van hun supervisor. Bij de verwijzing dienen arts-assistenten gebruik te maken van de AGB-code van hun supervisor. Hoewel arts-assistenten een eigen AGB-code hebben, worden declaraties met hun eigen AGB-code door zorgverzekeraars afgewezen, omdat zij nog basisartsen zijn.

C. BEGRIPPEN

C1. Wat is een AGB-code?

Toelichting:

Een AGB-code is een unieke code die gebruikt wordt om zorg te kunnen registreren en te declareren en om administratieve processen die daarmee samenhangen in te kunnen richten.

In alle administratieve processen binnen het zorgveld wordt deze AGB-code gebruikt als identificerende sleutel. In het AGB-register staat alle noodzakelijke (zorg)informatie om declareren en het afsluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogelijk te maken.

Er is een AGB-code voor zorgverleners, een AGB-code voor vestigingen en er is een AGB-code voor ondernemingen. Iedere soort zorgpartij heeft zijn eigen AGB-code soort.

Om een AGB-code aan te vragen dient men te voldoen aan de vastgestelde criteria voor de gekozen zorgsoort en kwalificatie. Deze criteria zijn de erkenningen. Per kwalificatie kunnen de vereiste erkenningen verschillen. Een AGB-code aanvragen kan via de website van Vektis.

Een individuele zorgverlener heeft een persoonlijke AGB-code nodig om de door de zorgverlener geleverde zorg te kunnen declareren. Een persoonlijke AGB-code kan alleen aangevraagd worden als men in het bezit is van een geldige BIG-registratie en/of een registratie bij een beroepsorganisatie of kwaliteitsregister.

BIG staat voor 'beroepen in de individuele gezondheidszorg'. De Wet BIG geeft regels voor beroepen in de gezondheidszorg. Een BIG-registratie betekent bijvoorbeeld onder andere dat een zorgverlener een wettelijk beschermde beroepstitel mag voeren. Ook is benoemd welke beroepsgroepen bepaalde handelingen zelfstandig mogen uitvoeren.

Wijziging:

Toevoeging van nieuwe vraag t.o.v. Registratiewijzer 2021.

C2. Wat wordt verstaan onder het begrip eigen zorgverlener?

Eigen zorgverlener

Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid o.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Zorgverlener: Instelling of solist.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid xx.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Met ‘overdragen’ wordt bedoeld dat als de patiënt wordt overgedragen weliswaar de DBC open blijft staan omdat deze niet handmatig kan worden afgesloten, maar dat op het moment van overdragen wél de behandeling van die zorgvraag door die zorgverlener wordt afgesloten.

Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener, niet zijnde een interne overdracht.

C3. Wat wordt verstaan onder het begrip eigen patiënt?

Eigen patiënt

Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid m.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Met ‘overdragen’ wordt bedoeld dat als de patiënt wordt overgedragen weliswaar de DBC open blijft staan omdat deze niet handmatig kan worden afgesloten, maar dat op het moment van overdragen wél de behandeling van die zorgvraag door die zorgverlener wordt afgesloten.

Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener, niet zijnde een interne overdracht.

C4. Wat wordt verstaan onder het begrip solist?

Solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch specialistische zorg verleent.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid ii.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

C5. Aan welke voorwaarden moet een solist voldoen?

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 'eigen zorgverleners' en factureringsbedrijven die namens de eigen zorgverlener declareren.

Voor solisten geldt, in aanvulling op lid 1, dat zij in het bezit dienen te 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, én voldoen aan de vereisten die aan de titel solist worden gesteld zoals opgenomen in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.

Bron: NR/REG-2207a, art. 31, lid 1 en 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 39.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

C6. Wat is de definitie van hoofdbehandelaar?

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor het uit te voeren beleid ten aanzien van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid s.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het uit te voeren **beleid** ten aanzien van de zorgvraag van de patiënt. Het begrip 'uit te voeren beleid' past beter bij de praktijk en maakt duidelijk dat er niet altijd sprake hoeft te zijn van een behandeling als activiteit, maar dat er ook sprake kan zijn van een conservatieve behandeling.

C7. Kan er sprake zijn van meerdere hoofdbehandelaren bij eenzelfde patiënt?

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 specialisme binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.

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 als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

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 en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1, 2 en 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Artikel 5 van de Nadere Regel geeft de voorwaarden weer wanneer een zorgtraject geopend mag worden door een hoofdbehandelaar.

Indien er sprake is van meerdere hoofdbehandelaren per patiënt, zijn daarin drie situaties mogelijk. Ten eerste kan er sprake zijn van meerdere hoofdbehandelaren van verschillende specialismen. Ten tweede kunnen er meerdere hoofdbehandelaren vanuit hetzelfde specialisme betrokken zijn. Ten derde kan er ook sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling. Het maken van een onderscheid in deze genoemde situaties is van belang voor een juiste registratie.xs

Een nadere uitleg vindt u onder vraag [G6. Wat zijn de voorwaarden voor het openen van een zorgtraject?](#)

C8. Wat is de definitie van poortfunctie?

Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg mag 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). Daarnaast mag de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysisch audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technoloog.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid ff.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

C9. Wat is de definitie van een 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), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatologie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde (8416).

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid gg.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Gewijzigde tekst in 2022 zonder inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

De specialismecode van de sportgeneeskunde is toegevoegd.

LET OP:

Een poortspecialist staat in de NZa regelgeving gedefinieerd als medisch specialist. Aangezien een arts-assistent zijn specialisatie (nog) niet heeft afgerond, staat een arts-assistent **niet gelijk** aan een poortspecialist.

C10. Wat is het onderscheid tussen poortfunctie en poortspecialisme?

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, anesthesist als pijnbestrijder en klinisch geneticus.

Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technoloog.

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

Poortspecialist:

De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid dd en ee.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een poortfunctie is iets anders dan een poortspecialist.

Soms wordt het begrip poortfunctionaris gebruikt als zijnde iemand die de poortfunctie uitoefent. Een poortspecialist is een medisch specialist. Er zijn echter ook andere beroepsbeoefenaren die een zorgtraject kunnen openen, zoals een physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts KNMG of een klinisch technoloog. Deze beroepsbeoefenaren voeren de poortfunctie uit, maar zijn geen poortspecialist.

Tevens zijn er medisch specialisten die in de regel als ondersteunend specialisme betrokken zijn bij een zorgtraject van een ander specialisme, maar in bepaalde situaties wel een zorgtraject kunnen starten (bv. anesthesioloog, interventieradioloog en klinisch geneticus).

In sommige gevallen kan een poortspecialist ook als ondersteunend specialist werken, bijvoorbeeld een internist die een (diagnostische) scopie uitvoert.

Soms staat er nadrukkelijk alleen de poortspecialist vermeld, en soms wordt de SEH-arts KNMG, arts-assistent, physician assistant, verpleegkundig specialist of klinisch technoloog expliciet daar wel of niet bij vermeld.

Tevens is er onderscheid te maken in naar wie wordt verwezen versus wie wat mag registreren.

Sommige verzekeraars maken eigen afspraken wat zij wel/niet accepteren t.a.v. de plaats van de arts-assistenten in de poortfunctie/poortspecialist.

C11. Wat is de definitie van een klinisch intercollegiaal consult (ICC)?

Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009)

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

Een ict 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 19.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Per 2022 is de verplichting van een face-to-face contact verwijderd uit de definitie.

Toelichting:

Het betreft een of meer consulten bij een klinisch opgenomen patiënt op verzoek van een medisch specialist van een ander specialisme zonder dat er sprake is van overname van de behandeling of van medebehandeling.

LET OP:

Bij een intercollegiaal consult kan dus wel sprake zijn van meerdere contacten, mits er geen sprake is van een medebehandeling.

Per specialisme mag per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject voor een intercollegiaal consult geregistreerd worden. Dit ICC zorg/subtraject kan dan wel uit meerdere contacten bestaan.

Indien het intercollegiaal consult uit meerdere contacten bestaat, worden deze als één intercollegiaal consult zorg/subtraject geregistreerd.

Indien er sprake is van een (mede)behandeling tijdens een klinische opname moet het intercollegiaal consult worden omgezet in een **regulier subtraject**.

In de zorgactiviteitsomschrijving is geen verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Dat houdt in dat dit consult ook op afstand plaats kan vinden.

C12. Wat wordt verstaan onder medebehandeling?

Medebehandeling (190017)

Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per contact met de patiënt in het kader van medebehandeling vastgelegd.

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 20.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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

Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 24.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Per 2022 is de verplichting van een face-to-face contact verwijderd uit de definitie.

Per 2022 zijn NICU en PICU toegevoegd aan de definitie.

In de zorgactiviteitomschrijving is geen verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Dat houdt in dat dit consult ook op afstand plaats kan vinden.

C13. Wat is het onderscheid tussen een klinisch intercollegiaal consult (ICC) en een medebehandeling?

De belangrijkste overeenkomst is dat zowel een ICC als medebehandeling start na het in consult roepen van een medisch specialist tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

Het belangrijkste verschil tussen ICC en medebehandeling is dat bij een ICC géén sprake is van een behandeltraject en bij medebehandeling wel. Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling, mag geen ICC-subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet dan worden omgezet van zorgtype 13 (ICC) naar zorgtype 11 (regulier) en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.

Bron: NZa Circulaire CI/14/3C.

Geldigheid: vanaf 21-02-2014 tot op heden.

Toelichting:

Nadat de behandelaar op verzoek van een andere medisch specialist een ICC heeft uitgevoerd, kan de behandelaar het volgende bepalen:

Ofwel het blijft bij één of meerdere ICC-consulten en er is geen sprake van een eigen behandeltraject voor het in consult geroepen specialisme. In dit geval mag er per specialisme per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject voor een intercollegiaal consult geregistreerd worden. Dit ICC zorg/subtraject kan dan wel uit meerdere contacten bestaan.

Ofwel het in consult gevraagde specialisme gaat medebehandelen. In dit geval dient het ICC-consult omgezet te worden naar een medebehandelingsconsult.

C14. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgvraag?

Er is geen formele definitie van het begrip zorgvraag* opgenomen in de regelgeving, maar wij willen benadrukken dat het begrip zorgvraag primair benaderd moet worden vanuit het perspectief van de patiënt. Voor een nieuwe zorgvraag geldt daarnaast ook dat er sprake moet zijn van een separate diagnosestelling. Of er sprake is van een nieuwe zorgvraag wordt niet bepaald door:

- Substantiële meerkosten van de primaire zorgvraag
- Betrokkenheid van een andere (sub) specialist
- Het wijzigen van de diagnose gedurende het zorgtraject of de aanwezigheid van een nevendiagnose (ondergeschikt aan de hoofddiagnose).

() De voorwaarde van een nieuwe zorgvraag moet niet verward worden met de component 'zorgvraag' die in het subtraject van sommige specialismen (zoals medisch specialistische revalidatiezorg) ingevuld moet worden.*

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c.

Geldigheid: tot op heden.

Toelichting:

In de Handleiding dbc-systematiek is over 'zorgvraag' het volgende opgenomen:

Zorgvraag heeft in het dbc-systeem twee betekenissen. Doorgaans wordt met de zorgvraag het probleem bedoeld waarvoor een patiënt zich meldt bij de specialist. Deze kan alleen ook als component opgenomen zijn in de Elektronische Typeringslijst.

Hoewel het begrip 'zorgvraag' als zodanig niet is opgenomen in de Beleidsregel of Nadere Regel, speelt dit begrip bij enkele specialismen wel een rol in de afleiding van het subtraject.

Zorgvraag

Bij de volgende specialismen speelt de component zorgvraag een rol bij het afleiden van een subtraject:

- Plastische chirurgie;
- Kindergeneeskunde/neonatologie;

- Neurologie;
- Revalidatiegeneeskunde;
- Consultatieve psychiatrie; en
- Radiotherapie.

Bij andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.

Bron: BR/REG-22114a, art. 6, lid b.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Bij bovengenoemde specialismen maakt de zorgvraag deel uit van de dbc-typering (zorgtype, zorgvraag, diagnose). De typerende zorgvraag speelt een rol bij de afleiding van dbc-zorgproducten in een grouper en kan daarnaast een voorspellende waarde voor de inzet van de medisch specialist en de kosten van de zorginstelling hebben.

(Bron: Handleiding dbc-systematiek, v20210923)

C15. Wat wordt verstaan onder het begrip 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.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid tt.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Zorgactiviteiten vormen de basis voor de registratie en afleiding van DBC-zorgproducten binnen de DOT-productstructuur. Ook spelen ze een rol bij de bepaling van aanspraak (wanneer is iets verzekerde of onverzekerde zorg) en om te bepalen of een Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (Wbmv) vergunning vereist is om een prestatie te mogen declareren.

Gezien deze centrale rol van zorgactiviteiten in de DOT-productstructuur is het van belang duidelijkheid te creëren over hoe, wanneer, welke zorgactiviteit, onder welke voorwaarden en door wie kan worden vastgelegd.

Zorgaanbieders zijn zelf altijd verantwoordelijk voor een juiste vastlegging van deze zorgactiviteiten.

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 uitvoerende zorgverlener, dat wil zeggen de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd, legt de zorgactiviteit op zijn eigen AGB-code vast. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten en zorgverleners die geen eigen AGB-code kunnen aanvragen.
4. Zorgactiviteiten zijn vorm- en locatieonafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat.

Bron: NR/REG-2207a, art. 23, lid 1 t/m 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De uitgevoerde zorgactiviteiten zoals consulten, onderzoeken, verpleegdagen en ok-activiteiten worden binnen het zorgtraject van de patiënt geregistreerd. De verleende zorg wordt vastgelegd via vastgestelde zorgactiviteiten. Deze zorgactiviteiten zijn opgenomen in de Zorgactiviteiten Tabel en is te vinden op de website van de NZa.

In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die zijn geleverd en gerelateerd aan de zorgvraag van de patiënt.

C16. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgprofielklasse (ZPK)?

Toelichting:

Zorgactiviteiten zijn gekoppeld aan een zorgprofielklasse. Daarmee worden zorgactiviteiten geclassificeerd in termen van diagnostisch, therapeutisch, hulpmiddelen, beeldvormend en dergelijke. De functie van een zorgactiviteit binnen het DBC-systeem wordt mede afhankelijk van in welke zorgprofielklasse deze is ingedeeld.

De aan een zorgactiviteit toegekende ZPK kan mede de afleiding naar zorgproducten bepalen en kan bepalend zijn in de afsluitregels voor zorgactiviteiten.

Onderstaande tabel geeft ZPK's weer die in gebruik zijn.

ZPK	ZPK omschrijving
1	Polikliniekbezoek, eerste hulpbezoek en consultatie op afstand
2	Dagverpleging
3	Kliniek
4	Diagnostische activiteiten
5	Operatieve verrichtingen
6	Overige therapeutische verrichtingen
7	Beeldvormende diagnostiek
8	Klinische chemie en haematologie
9	Microbiologie en parasitologie

10	Pathologie
11	Overige laboratoriumverrichtingen
12	(Para)medische en ondersteunende functies
13	Bijzondere kunst- en hulpmiddelen
14	Revalidatie
15	Bloedproducten
16	Geriatrische revalidatie
17	Longastmacentra
18	IC zorgactiviteiten niet zijnde IC-behandeldag
19	IC-behandeldag
89	Overige zorgactiviteiten t.b.v. afleiding
99	Niet in profiel meegenomen.

C17. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgproduct?

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

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid uu.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

In de dbc-systematiek worden diagnoses en behandelingen vastgelegd middels zorgactiviteiten. Deze worden vertaald in dbc-zorgproducten. Het dbc-zorgproduct wordt bepaald op basis van de door een zorginstelling aangeleverde declaratiedataset. Een DBC-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener.

Bij de bepaling van de dbc-zorgproducten worden binnen elke zorgproductgroep de volgende typen dbc-zorgproducten onderscheiden:

- Niet invasieve zorgproducten: poliklinisch (inclusief dagbehandeling)
- Niet invasieve zorgproducten: klinisch
- Invasieve zorgproducten: poliklinisch (inclusief dagbehandeling)
- Invasieve zorgproducten: klinisch.

C18. Wat wordt verstaan onder 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 en stollingsfactoren, elk gekoppeld aan een ZI-nummer (add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren);
- Een aantal specifieke prestaties met aanvullende voorwaarden (add-on overig);
- Een facultatieve prestatie medisch specialistische zorg behorend bij een dbc-zorgproduct (add-on facultatieve prestatie).

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid a.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Toevoeging van nieuwe vraag t.o.v. Registratiewijzer 2021.

C19. Wat wordt verstaan onder overige zorgproducten (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.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid ee.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Een vijfde categorie binnen de OZP is toegevoegd; de facultatieve prestaties.

Toelichting:

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.

Sommige overige zorgproducten kunnen zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

C20. Welke soorten overige zorgproducten (OZP) bestaan er?

Toelichting:

Overige zorgproducten (OZP's) zijn prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten en deze worden uitgedrukt in zorgactiviteiten. OZP's zijn onderverdeeld in vijf hoofdcategorieën:

1. Supplementaire producten
2. Eerstelijnsdiagnostiek
3. Paramedische behandeling en onderzoek
4. Overige verrichtingen
5. Facultatieve prestaties msz

De hoofdcategorieën kennen een verdere onderverdeling naar subcategorieën.

Overige zorgproducten zijn als volgt onderverdeeld:

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
Supplementaire producten	<ul style="list-style-type: none"> - Add-ongeneesmiddelen - Overig traject - Add-on ic - Ozp-stollingsfactoren - Add-on overig
Eerstelijnsdiagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> - Beeldvormende diagnostiek - Klinische chemie en haematologie - Microbiologisch onderzoek en Parasitologie - Overige laboratorium verrichtingen - Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek - Medisch specialistische behandeling en diagnostiek - Pathologie
Paramedische behandeling en onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> - Diëtetiek - Ergotherapie - Fysiotherapie - Logopedie - Oefentherapie - Optometrie - Orthoptie - Verloskunde
Overige verrichtingen	<ul style="list-style-type: none"> - Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg - Bijzondere oogheelkunde - Bijzondere tandheelkunde - Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's - Hyperbare zuurstofbehandeling - Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie - Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen

	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadvisering - Medisch-specialistische beademingszorg - Onderlinge dienstverlening - Pathologie - Planningsvergelijking protonen- en fotonentherapie - Prenatale screening - Regiefunctie complexe wondzorg - Reiskosten - SCEN-consultatie - Trombosezorg - Verpleging in thuissituatie
Facultatieve prestaties msz	<ul style="list-style-type: none"> - Add-on facultatieve prestatie - Losse facultatieve prestatie

Bron: BR/REG-22114a, art. 7.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Een vijfde categorie binnen de OZP is toegevoegd; de facultatieve prestaties.

Toelichting:

Voor een nadere toelichting inzake add-ongeneesmiddelen, zie Hoofdstuk L. Add-ongeneesmiddelen.

C21. Wat wordt verstaan onder het begrip 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.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid ww.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, opent een zorgtraject en registreert wie de patiënt heeft verwezen. Een zorgtraject loopt gedurende het gehele behandel- en/of controletraject van een bepaalde zorgvraag.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Een gestart zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten die leiden tot een declarabel dbc-zorgproduct of een uitvalproduct (niet-declarabel zorgproduct).

Bron: BR/REG-22114a, art. 6, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een zorgtraject kan dus één of meerdere subtrajecten omvatten. Omdat bijvoorbeeld de initiële (werk)diagnose in de loop van het zorgtraject kan wijzigen, kunnen binnen één zorgtraject meerdere subtrajecten met verschillende diagnoses voorkomen.

Een zorgtraject typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorginstelling consulteert. Met het openen van het zorgtraject wordt automatisch een subtraject geopend dat de basis vormt voor de declaratie van de geleverde zorg. In een zorgtraject kunnen achtereenvolgens een of meer subtrajecten geregistreerd worden. Een geldig subtraject leidt, in combinatie met een zorgprofiel, tot een dbc-zorgproduct.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is er verantwoordelijk voor om vast te stellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert er ook verantwoordelijk voor om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit(en) en voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose.

In de Nadere Regel staat omschreven wanneer een zorgtraject geopend mag worden en welke voorwaarden hiervoor van toepassing zijn. In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die gedurende het gehele zorgtraject zijn uitgevoerd.

C22. Wat wordt verstaan onder het begrip subtraject?

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

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid kk.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Door een zorgtraject te openen, wordt automatisch meteen een subtraject geopend. Het zorgtraject volgt het zorgproces en de declaratie gebeurt vervolgens per subtraject. Een subtraject is een afgebakende periode binnen het zorgtraject waarover de geleverde zorg wordt gedeclareerd, gemarkeerd door de afsluitmomenten zoals beschreven in de Nadere Regel. Een zorgtraject bevat één of meerdere subtrajecten.

*Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

C23. Wat is de definitie van een ondersteunend specialist?

Een specialist die niet als poortspecialist fungeert en die medisch-specialistische zorgbehandelingen 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 en is er sprake van een eigen zorgtraject. Dit geldt voor: een interventie-radioloog (0362), een anesthesist als pijnbestrijder (0389) en een klinisch geneticus (0390).

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid cc.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

C24. Welke ondersteunend specialisten kunnen in bepaalde gevallen fungeren als poortspecialist?

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel de poortfunctie uitvoeren en is er sprake van een eigen zorgtraject. Dit geldt voor: een interventie-radioloog (0362), een anesthesist als pijnbestrijder (0389) en een klinisch geneticus (0390).

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid cc.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

C25. Wat is een second opinion?

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

Een contact tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Het contact is gericht op de beoordeling van een gestelde diagnose/behandeling door een tweede onafhankelijke beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De geconsulteerde beroepsbeoefenaar is werkzaam op hetzelfde specialisme/vakgebied in een andere instelling of als solist. Deze activiteit mag naar een polikliniekbezoek of screen-to-screen consult worden geregistreerd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 21.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een second opinion mag uitgevoerd worden door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Dat houdt in dat de second opinion gedaan mag worden door een poortspecialist, een ondersteunende specialist, te weten interventie-radioloog, anesthesist als pijnbestrijder en klinisch geneticus, arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG, physician assistant, verpleegkundig specialist en klinisch technoloog.

In de zorgactiviteitomschrijving is geen verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Dat houdt in dat dit consult ook op afstand plaats kan vinden.

C26. Wat is de definitie van taakherschikking?

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen.

Bron: VWS, Adviesverzoek bekostiging taakherschikking, CZ/EZK.3074405, 18 augustus 2011.

Vooralsnog verstaan we in dit kader onder taakherschikking: het verplaatsen van zorg van medisch specialisten naar verpleegkundig specialisten, physician assistants en/of SEH-artsen.

Bron: NZa Circulaire CI/14/44c, Taakherschikking per 2015, 18 september 2014.

Toelichting:

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de medisch specialistische zorg. Zorgtaken die in het verleden alleen door, of onder eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist werden uitgevoerd, worden in het geval van taakherschikking volledig overgedragen aan een andere beroepsgroep. De medisch specialist draagt daarbij ook het registratierecht en de declaratiebevoegdheden over.

Er is alleen sprake van taakherschikking als een beroepsgroep volledig zelfstandig en volledig onder eigen verantwoordelijkheid medisch specialistische zorg levert. Taakherschikking is dus wat anders dan taakdelegatie. Bij taakdelegatie voert een beroepsgroep namelijk zorgtaken uit onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

De physician assistants en de verpleegkundig specialisten kunnen sinds 1 januari 2015 de poortfunctie uitvoeren en dus het recht om zelfstandig een bezoek aan de polikliniek te registreren en dbc's te declareren.

C27. Wat zijn de bevoegdheden van arts-assistenten?

Toelichting:

Een arts-assistent registreert onder de AGB-code van de medisch specialist. De medisch specialist blijft in dit geval verantwoordelijk voor een juiste registratie. De arts-assistent is gekoppeld aan het specialisme en er gelden dezelfde voorwaarden als van het specialisme.

Een arts-assistent mag de uitgevoerde zorgactiviteiten op de eigen AGB-code vastleggen, maar is hiertoe niet verplicht.

Een arts-assistent kan zowel een AIOS als een ANIOS zijn.

Een arts-assistent is geen medisch specialist maar is wel een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Dit betekent dus dat voor een arts-assistent andere regels kunnen gelden dan voor de medisch specialist. Bovendien kan in voorkomende gevallen door de verzekeraar eigen voorwaarden gesteld worden in de contractering.

De Nadere Regel NR/REG-2207a benoemt expliciet de arts-assistent. Een arts-assistent kan de volgende zorgtrajecten openen / zorgactiviteiten registreren:

- Polikliniekbezoek, eerste polikliniekbezoek en herhaal polikliniekbezoek.
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek.
- Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek.
- Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek.
- Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent.
- Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn.
- Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger.
- Multidisciplinair overleg.
- Multidisciplinair consult.
- Consult door een lid van het team palliatieve zorg.
- Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling.

- Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis.
- Klinisch intercollegiaal consult (icc).
- Medebehandeling.
- Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second opinion.

De arts-assistent is een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent.

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). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysisch audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technologen. Tandarts-specialisten voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid dd.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

C28. Wat zijn de bevoegdheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten?

Toelichting:

Een physician assistant en een verpleegkundig specialist zijn geen medisch specialisten maar zijn wel beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen. Dit betekent dus dat voor een physician assistant en een verpleegkundig specialist andere regels kunnen gelden dan voor de medisch specialist. Bovendien kan in voorkomende gevallen door de verzekeraar eigen voorwaarden gesteld worden in de contractering.

De Nadere Regel NR/REG-2207a benoemt expliciet de physician assistant en de verpleegkundig specialist. De physician assistant en de verpleegkundig specialist kunnen de volgende zorgtrajecten openen / zorgactiviteiten registreren:

- Polikliniekbezoek, eerste polikliniekbezoek en herhaal polikliniekbezoek
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek.
- Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek.

- Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek.
- Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent.
- Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn.
- Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger.
- Multidisciplinair overleg.
- Multidisciplinair consult.
- Consult door een lid van het team palliatieve zorg.
- Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling.
- Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis.
- Klinisch intercollegiaal consult (icc).
- Medebehandeling.
- Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second opinion.

De physician assistant en de verpleegkundig specialist zijn beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen.

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). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technologen. Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid dd.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Omdat de verpleegkundig specialist en de physician assistant beroepsbeoefenaren zijn die de poortfunctie kunnen uitoefenen, kunnen zij naast de poortspecialismen zelf een DBC-zorgproduct openen en sluiten.

Registratiebepalingen:

- De verpleegkundig specialist en physician assistant maken gebruik van de typeringslijst van het poortspecialisme waarbinnen zij werkzaam zijn.

- Als een poortspecialist en een physician assistant of verpleegkundig specialist dezelfde zorgvraag van een patiënt behandelen, mag er maar één zorgtraject worden geopend.
- Parallele DBC's binnen één verantwoordelijk poortspecialisme zijn niet toegestaan.

C29. Wat zijn de bevoegdheden van klinisch technologen?

Toelichting:

Klinisch technologen zijn geen medisch specialisten maar zijn wel beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen. Dit betekent dus dat voor een klinisch technoloog andere regels kunnen gelden dan voor de medisch specialist. Bovendien kan in voorkomende gevallen door de verzekeraar eigen voorwaarden gesteld worden in de contractering.

De Nadere Regel NR/REG-2207a benoemt expliciet de klinisch technoloog. De klinisch technoloog kan de volgende zorgtrajecten openen / zorgactiviteiten registreren:

- Polikliniekbezoek, eerste polikliniekbezoek en herhaal polikliniekbezoek
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek.
- Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek.
- Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek.
- Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent.
- Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn.
- Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger.
- Multidisciplinair overleg.
- Multidisciplinair consult.
- Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second opinion.

Klinisch technologen zijn beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen.

Poortfunctie

Typing 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). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technologen. Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid dd.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Omdat klinisch technologen beroepsbeoefenaren zijn die de poortfunctie kunnen uitoefenen, kunnen zij naast de poortspecialismen zelf een DBC-zorgproduct openen en sluiten.

C30. Wat is de definitie van een groepsconsult?

Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn (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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 8.

Geldigheid: vanaf 1-1-2021.

Toelichting:

Een groepsconsult kan in het algemeen niet een volwaardige vervanging zijn van een regulier polikliniekbezoek. De mogelijkheden voor een persoonlijke anamnese, lichamelijk onderzoek, etc. zijn immers beperkt. Om die reden is het niet toegestaan een polikliniekbezoek, fysiek dan wel op afstand, vast te leggen als er een groepsconsult plaats vindt.

Een groepsconsult is dus niet gelijkgesteld aan een policontract.

Vooralsnog betreft dit een registratieve zorgactiviteit die geen rol speelt in de afleiding.

Als er geen sprake is van andere zorgactiviteiten binnen het subtraject, dan zal niet worden afgeleid naar een declarabel zorgproduct.

Een groepsconsult alleen leidt niet tot een nieuw declarabel zorgproduct. Een groepsconsult zal echter in het algemeen plaatsvinden als onderdeel van een integraal zorgtraject binnen een bestaande arts-patiënt relatie, waarin ook polikliniekbezoeken worden vastgelegd.

C31. Wat is een overloop DBC?

Toelichting:

Overloopsituaties kunnen ontstaan bij introductie van nieuwe zorgactiviteiten of wanneer bestaande zorgactiviteiten wijzigen. Wanneer een subtraject over de jaargrens loopt en er in het nieuwe jaar nieuwe zorgactiviteiten worden geregistreerd, dan tellen deze niet mee bij de bepaling van het zorgproduct. Hierdoor komt het voor dat dit soort subtrajecten naar een te laag zorgproduct afleiden of zelfs uitvallen.

Om toch een juist dbc-zorgzorgproduct te krijgen, worden nieuwe of gewijzigde zorgactiviteiten waar mogelijk vertaald naar een vergelijkbare voorganger. Vertaling gebeurt dan automatisch in een grouper, met behulp van de Vertaaltabel Zorgactiviteiten. De Vertaaltabel Zorgactiviteiten in de grouper biedt hiervoor een gedeeltelijke oplossing. In bepaalde gevallen kunnen nieuwe zorgactiviteiten namelijk niet eenduidig worden terugvertaald.

Als een vertaling niet mogelijk is, worden de zorgactiviteiten met ingang van 1 januari 2019 opgenomen in de Hulptabel Overloopregistratie. Naast deze hulptabel, worden te beëindigen zorgactiviteiten voortaan niet met ingang van een nieuwe release beëindigd, maar vier maanden later: dus per 30 april van het volgende jaar. Zo krijg je een periode waarin zowel voorgangers als opvolgers geldig zijn.

De Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-21106a, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Dit betekent dat voor overlopende dbc-zorgproducten (dbc's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het dbc-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing is. Voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) zijn de regels leidend die op de uitvoerdatum geldig zijn.

Bron: BR/REG-22114a, art. 19.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Het DBC-systeem kent twee peildata. De ingangsdatum van een subtraject is de peildatum voor de geldigheid van regelgeving en bijbehorende productstructuur. De uitvoerdatum is de peildatum voor de geldigheid van zorgactiviteiten. Daardoor kunnen er declaratieproblemen ontstaan op het moment dat een DBC-zorgproduct over de jaargrens heen loopt.

C32. Wat wordt verstaan onder het begrip grouper?

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.

Bron: BR/REG-22114, art. 1, lid r.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De grouper is een webapplicatie waarmee op basis van de gegevens die zorgaanbieders aanleveren de afleiding naar dbc-zorgproducten plaatsvindt.

Zorginstellingen leggen geleverde zorg vast in hun ICT-systemen. De geregistreerde zorg wordt aan een grouper aangeleverd in een declaratiedataset. Op basis van de declaratiedataset kan een grouper zorgproducten afleiden.

De voorwaarden en specificaties waar een grouper aantoonbaar aan moet voldoen, worden nader beschreven in NR/REG-2207a, art. 30, lid 2.

De landelijke grouper wordt beheerd door de 'stichting Grouper'.

C33. Wat wordt verstaan onder eerstelijnsdiagnostiek?

Toelichting:

Eerstelijnsdiagnostiek is een categorie binnen de overige zorgproducten. Overige zorgproducten zijn prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten.

Voor een aantal eerstelijnsdiagnostiek producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen.

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 laboratoriumonderzoeken (070001 t/m 079995)

- Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken
- Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken, exclusief bloedafname
- Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal
- Huisbezoek
- CLB-referentietarief
- Registratietarief (inclusief oproep) in het kader van multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen
- Sperma onderzoek

c. Pathologie (050516 t/m 050523)

d. Facultatieve prestatie – pre-analyse activiteiten en service ten behoeve van klinisch-chemische en/of microbiologische laboratoriumonderzoeken voor diagnosestelling, preventie of monitoring (198500)

e. Facultatieve prestatie – integrale diagnostiek van obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) voor de eerste lijn (198501)

f. *Facultatieve prestatie – röntgendiagnostiek inclusief rijdende röntgen, inclusief voorrijkosten (198502)*

Bron: NR/REG-2207a, art. 27.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 zonder inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Bij beeldvormende diagnostiek zijn codes voorkomend in de range benoemd.

C34. Wat wordt verstaan onder supplementaire producten?

Toelichting:

Supplementaire producten is een categorie binnen de overige zorgproducten. Overige zorgproducten zijn prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten.

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

Voor een aantal supplementaire producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen.

Add-ons intensive care (ic)

- IC-dag type 1 of 2
- IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2
- IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3
- Dialysetoeslag
- IC-consult
- Begeleiding interklinisch transport <2 uur of >2 uur
- Begeleiding MICU transport <2 uur of >2 uur
- Neonatale intensive care
- Pediatrische intensive care
- ECMO-toeslag

Add-ongeneesmiddelen

Overige trajecten

- Verkeerde bed, Wlz-indicatie
- Verblijf gezonde moeder
- Verblijf gezonde zuigeling
- Verblijf vervallen ziekenhuisindicatie, geen Wlz-indicatie
- Zotelovernachting

Add-on overig

- Extracorporele immunoabsorptiebehandeling

- Toeslag obstetrische high care
 - Toeslag post-IC high care
 - Beoordeling door landelijk erkend expertisecentrum van aanvraag start/continuering groeihormoonbehandeling
 - Klinische zorgdag in de thuissituatie
 - Toeslag verblijf hooggebergte per dag – longastmacentra
- Werkpakket screening transplantatie*

*Bron: NR/REG-2207a, art. 26.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Bij 'add-ons ic' zijn twee nieuwe prestaties toegevoegd: de ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2 en de ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3.

C35. Wat is een uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger?

Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066)

Deze zorgactiviteit is bedoeld om 1) aan te geven dat een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt en/of zijn/haar vertegenwoordiger in een gezamenlijk proces beslissingen hebben genomen over gezondheids- en behandeldoelen op basis van een samen beslismodel en 2) om aan te geven dat hier substantieel meer tijd aan is besteed dan aan een regulier consult.

De zorgactiviteit wordt enkel geregistreerd indien er sprake is van een consult dat minimaal tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling.

Deze activiteit wordt naast een (herhaal)polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190065), screen-to-screenconsult (190165, 190166), verpleegdag (190200, 190218, 194804) of klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) vastgelegd.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 9.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

C36. Wat is een herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent?

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 inhoudelijk verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 7.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een herhaalconsult door een (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent, mag uitgevoerd worden door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Dat houdt in dat dit herhaalconsult gedaan mag worden door een poortspecialist, een ondersteunend specialist, te weten interventieradioloog, anesthesist als pijnbestrijder en klinisch geneticus, beroepsbeoefenaren niet zijnde medisch specialisten, te weten arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG, physician assistant, verpleegkundig specialist en klinisch technoloog.

In de zorgactiviteitsomschrijving is geen verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Dat houdt in dat dit consult ook op afstand plaats kan vinden.

C37. Wat is een klinische zorgdag in de thuissituatie?

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 beiden aangemerkt 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 26, lid 5.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Bij een klinische zorgdag in de thuissituatie gaat het om ziekenhuiszorg, die naar een andere locatie buiten het ziekenhuis wordt verplaatst. Er is sprake van een actuele medisch specialistische zorgvraag en het gaat om zorg die normaal gesproken in en door het ziekenhuis wordt geleverd.

Inhoudelijk is de zorg die tijdens een klinische zorgdag in de thuissituatie wordt geleverd gelijk aan de zorg die geleverd wordt als de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis.

C38. Wat wordt verstaan onder Informatieverstrekking?

Informatieverstrekking (119053)

De prestatie informatieverstrekking (119053) mag, voor zover in overeenstemming met de geldende bepalingen van algemene verordening gegevensbescherming (AVG), in rekening worden gebracht voor informatieverstrekking aan derden. Voor deze informatieverstrekking is toestemming van de patiënt vereist.

De prestatie mag niet in rekening worden gebracht voor het strekken van kopieën uit het medisch dossier. Voor een gevraagde toelichting/verduidelijking op de verstrekte informatie mag niets aanvullends in rekening worden gebracht.

Bron: NR/REG-2207a, art. 29, lid 4, sub b.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De prestatie Informatieverstrekking kan gebruikt worden voor het verstrekken van informatie aan derden, bijvoorbeeld aan een letselschadeadvocaat.

C39. Wat wordt verstaan onder de diagnose-combinatie tabel?

In de Diagnosecombinatie Tabel staan de diagnosecombinaties van typerende diagnoses die **niet** parallel mogen voorkomen. Het doel hiervan is om te voorkomen dat zorgtrajecten onterecht parallel worden geopend. De tabel bevat combinaties van verschillende diagnoses en combinaties van identieke diagnoses.

Voor de initiële samenstelling van de tabel betreffende combinaties van verschillende diagnoses, zijn als uitgangspunt de 1150 meest voorkomende parallelle dbc's beoordeeld. De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben bij deze combinaties van diagnosetyperingen aangegeven welke vanuit medisch oogpunt, onterecht voorkomen.

Daarnaast zijn in de tabel combinaties van identieke diagnoses opgenomen. Eén van de voorwaarden voor het openen van een parallel zorgtraject is dat er sprake moet zijn van een andere, nieuwe zorgvraag dan waar de patiënt al bekend mee is. Logischerwijs is daarom het openen van parallelle zorgtrajecten met twee identieke diagnoses niet toegestaan.

Er zijn twee uitzonderingen:

- Bepaalde dubbelzijdige aandoeningen die aan beide zijden operatief worden behandeld.
- Aandoeningen waarbij op basis van een uitzondering in de Nadere Regel, parallelliteit bij twee identieke diagnoses is toegestaan.

Om deze uitzonderingen te concretiseren, zijn op aanwijzing van de wetenschappelijke verenigingen in de tabel ook combinaties met twee identieke diagnoses opgenomen. Voor een dubbelzijdige aandoening, waarvan de identieke combinatie is opgenomen in de Diagnosecombinatie Tabel, wordt **geen** parallel zorgtraject geopend.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

C40. Wat wordt verstaan onder de 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid i.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de typerende diagnose. De typerende diagnose is de diagnose die de zorgvraag over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert bij het sluiten van het subtraject. Dit is de eind- of definitieve diagnose binnen het subtraject. Indien bij het sluiten van het subtraject de eind- of definitieve diagnose nog niet bekend is, wordt de meest passende werkdiagnose getypeerd. De diagnose kan tijdens de looptijd van een subtraject veranderen. Indien de diagnose op basis van nieuw inzicht tijdens de behandeling wijzigt, kan dit leiden tot een andere typerende diagnose. De diagnose kan per subtraject verschillen.

C41. Wat wordt verstaan onder het begrip face-to-face?

Toelichting:

Onder face-to-face wordt verstaan een 'een fysiek contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt'.

Zorgactiviteiten zijn vorm- en locatieafhankelijk omschreven, tenzij in de Nadere Regel of de zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat. Dat houdt in dat zorgactiviteiten waarbij niet specifiek beschreven staat dat een face-to-face contact verplicht is, op afstand uitgevoerd kunnen worden.

Er bestaat geen verplichting voor een fysiek face-to-face contact aan het begin van een zorgtraject tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Als de zorgverlener voldoet aan de overige vereisten, dan mag een DBC-traject worden geopend. De regels omtrent het openen van een zorgtraject, staan beschreven in artikel 5 van de Nadere Regel (NR/REG-2207a).

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 anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Artikel 24 van de Nadere Regel (NR/REG-2207a) geeft de volgende specialisme overstijgende zorgactiviteiten weer waarin het face-to-face contact specifiek wordt benoemd:

- Polikliniekbezoek
- Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling
- Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis

In de Nadere Regel is verder nog een aantal specialisme specifieke zorgactiviteiten opgenomen waarbij er sprake dient te zijn van een face-to-face contact, bijvoorbeeld bij de NICU en de screening voor orgaantransplantatie.

D. MULTIDISCIPLINAIR

D1. Wat is de definitie van multidisciplinair consult?

Multidisciplinair consult (190010)

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

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 16.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Naast poortspecialisten kunnen ook beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen en ondersteunende specialisten aan een multidisciplinair consult deelnemen.

De NZa omschrijft zorgactiviteiten vorm- en locatieafhankelijk. Dat houdt in dat een zorgactiviteit ook geregistreerd mag worden indien de zorg op afstand geleverd wordt, mits in de NZa regeling of in de zorgactiviteitomschrijving geen face-to-face contact vereist wordt.

Er is geen vereiste van een face-to-face contact opgenomen in de zorgactiviteitomschrijving. Dat betekent dat een multidisciplinair overleg ook op afstand plaats kan vinden.

D2. Wie mag een multidisciplinair consult registreren?

Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen. Per multidisciplinair consult wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 16.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 24, lid 16.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

D3. Wat is de definitie van multidisciplinair overleg?

Multidisciplinair overleg (190005)

Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 13.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een multidisciplinair overleg wordt door de NZa ook wel ‘multidisciplinaire bespreking’ genoemd. Dit zijn twee termen voor hetzelfde begrip.

Naast beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen kunnen ook ondersteunende specialisten aan een MDO deelnemen.

De NZa omschrijft zorgactiviteiten vorm- en locatieafhankelijk. Dat houdt in dat een zorgactiviteit ook geregistreerd mag worden indien de zorg op afstand geleverd wordt, mits in de NZa regeling of in de zorgactiviteitsomschrijving geen face-to-face contact vereist wordt.

Er is geen vereiste van een face-to-face contact opgenomen in de zorgactiviteitsomschrijving. Dat betekent dat een multidisciplinair overleg ook op afstand plaats kan vinden.

D4. Wie mag een multidisciplinair overleg registreren?

Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in

de multidisciplinaire bespreking. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 13.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Er kunnen bij een multidisciplinair overleg meerdere hoofdbehandelaren betrokken zijn. Wanneer er sprake is van slechts één hoofdbehandelaar, worden de zorgactiviteiten gekoppeld aan die hoofdbehandelaar.

Ook een **physician assistant** of **verpleegkundig specialist** kan deelnemen aan een multidisciplinair overleg of multidisciplinair consult tezamen met of **in plaats van** de medisch specialist van het betreffende specialisme. Indien zij samen deelnemen, telt dit als één specialisme.

D5. Wanneer mag er geen multidisciplinair overleg geregistreerd worden?

Multidisciplinair overleg (190005)

Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 13.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Het is niet toegestaan om een multidisciplinair overleg (MDO) te registreren wanneer bijvoorbeeld een chirurg overlegt met een medisch psycholoog en een andere niet-medisch specialist. Immers: dan is er sprake van minder dan drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten.

D6. Hoe moet de participatie van (poort)specialisten bij een multidisciplinair overleg en multidisciplinair consult worden geregistreerd?

De zorgactiviteiten multidisciplinair overleg en multidisciplinair consult kunnen door iedere betrokken specialist worden vastgelegd **in het traject van de hoofdbehandelaar**. De poortspecialisten die geen hoofdbehandelaar zijn openen dus geen eigen DBC-zorgproduct. Er zijn ook situaties denkbaar waarin er meerdere specialismen hoofdbehandelaar zijn. In dat geval registreert iedere hoofdbehandelaar in zijn eigen traject het multidisciplinair overleg of multidisciplinair consult.

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c NZa.

Geldigheid: vanaf 21-2-2014 tot op heden.

Toelichting:

Voor zowel een multidisciplinair consult als voor een multidisciplinair overleg geldt dat deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd mag worden.

D7. Wat is de definitie van multidisciplinaire behandeling?

Multidisciplinaire behandeling

- a. Als er sprake is van 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 als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Artikel 5 beschrijft de voorwaarden waaraan voldaan moet worden voor het openen van een nieuw zorgtraject:

- 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 anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag van de patiënt. Het begrip 'uit te voeren beleid' past beter bij de praktijk en maakt duidelijk dat er niet

altijd sprake hoeft te zijn van een behandeling als activiteit, maar dat er ook sprake kan zijn van een conservatieve behandeling.

De NZa geeft hierover het volgende aan:

“Multidisciplinaire behandeling is een uitzondering op het vereiste van een nieuwe zorgvraag, omdat er bij een multidisciplinaire behandeling wél meerdere trajecten voor één zorgvraag mogen worden geopend.”

Als twee poortspecialismen optreden als hoofdbehandelaar en verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren beleid voor één zorgvraag van de patiënt, dan is er sprake van een multidisciplinaire behandeling.

D8. Wanneer is géén sprake van een multidisciplinaire behandeling?

Multidisciplinaire behandeling

b. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien zowel een SEH-arts KNMG (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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Indien een SEH-arts KNMG (of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de SEH-functie uitoefent) samen met een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert een deel van de prestaties in het kader van deze zorgvraag uitvoeren, is er géén sprake van een multidisciplinaire behandeling.

Indien een SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde, klinisch fysicus audioloog of een klinisch technoloog samen met een poortspecialist één zorgvraag behandelt, is er géén sprake van een multidisciplinaire behandeling.

De NZa geeft hierover het volgende aan:

“Beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en de SEH-functie uitoefenen leveren dezelfde zorg als SEH-artsen KNMG. Daarom zijn deze beroepsbeoefenaren toegevoegd aan artikel 5 lid 2 sub b.”

D9. Hoe moet een multidisciplinaire behandeling geregistreerd worden?

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 specialisme binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
2. *Multidisciplinaire behandeling*
 - a. Als er sprake is van 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 als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.
 - b. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien zowel een SEH-arts KNMG (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.
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 anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1, 2 en 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Artikel 5 geeft de voorwaarden weer wanneer een zorgtraject geopend mag worden door een hoofdbehandelaar.

Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling als er voor één zorgvraag meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Als aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan, mag een zorgtraject geopend worden indien voldaan wordt aan het bestaan van een behandelrelatie tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt volgens de WGBO en indien de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert verantwoordelijk is voor anamnese en diagnosestelling.

De vereisten zijn om een multidisciplinaire behandeling te registreren zijn daarmee de volgende:

- Er is sprake van een patiënt met een nieuwe zorgvraag.
- Er is sprake van een behandelrelatie tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor anamnese en diagnosestelling.

- Voor één zorgvraag treden meerdere poortspecialisten op als hoofdbehandelaar.
- Elk poortspecialisme dat als hoofdbehandelaar optreedt is verantwoordelijk voor het uit te voeren beleid met betrekking tot die zorgvraag.

Indien een SEH-arts KNMG (of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de SEH-functie uitoefent) samen met een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert een deel van de prestaties in het kader van deze zorgvraag uitvoeren, wordt er één zorgtraject geopend. Er is hier dan géén sprake van een multidisciplinaire behandeling.

Indien een SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde, klinisch fysisch audioloog of een klinisch technoloog samen met een poortspecialist één zorgvraag behandelt, wordt er één zorgtraject geopend. Er is hier dan géén sprake van een multidisciplinaire behandeling.

E. ONDERLINGE DIENSTVERLENING

E1. Wat wordt verstaan onder onderlinge dienstverlening?

Het leveren van zorg als (onderdeel van een) dbc-zorgproduct door één of meerdere instellingen of medisch specialisten (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid bb.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Indien een zorgaanbieder als hoofdbehandelaar bij een andere zorgaanbieder zorg laat verrichten voor onderzoek/behandeling is er sprake van onderlinge dienstverlening.

De aanvragende zorgaanbieder neemt dan de kosten van die zorg op binnen het eigen zorgtraject.

De invoering van integrale tarieven per 2015 heeft geleid tot aanpassing van de tot dan toe geldende definitie van 'onderlinge dienstverlening'. De reikwijdte van het begrip onderlinge dienstverlener is ruimer geworden, onder andere omdat het tot 1 januari 2015 bestaande zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist niet meer bestaat. Zorg geleverd door een vrijgevestigd medisch specialist ten behoeve van een zorgverlener valt per 2015 onder de definitie van onderlinge dienstverlening. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening') vastgesteld met een vrij tarief. Dit houdt in dat hiermee alle denkbare (deel)prestaties respectievelijk activiteiten in rekening kunnen worden gebracht die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden. Hiermee wordt het voor zorgaanbieders mogelijk om zelf te kiezen voor een vorm van vergoeding voor over en weer verleende diensten en geleverde prestaties.

De wijze waarop de aanvullende afspraken in de praktijk vorm wordt gegeven is aan partijen zelf, evenals de inhoud van de afspraken; de NZa treedt hier niet sturend in op. Het behoort bijvoorbeeld ook tot de mogelijkheden dat de zorgverzekeraar(s), die marktleider(s) is/zijn bij een van de betrokken zorginstellingen, aanvullende afspraken overeenkomt/overeenkomen en dat de overige zorgverzekeraars zich hierbij aansluiten.

Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 32.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

E2. Wanneer is sprake van onderlinge dienstverlening?

1. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd ‘onderlinge dienstverlening (190064)’) vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een dbc-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.
2. Alle denkbare (delen van) dbc-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

Bron: BR/REG-22114a, art. 8.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

1. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening wordt door de uitvoerende zorgverlener geen dbc-zorgproduct of overig zorgproduct gedeclareerd. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht.
2. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening brengt de uitvoerende zorgverlener de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening aan de zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft.
3. Alleen de zorgaanbieder die optreedt als ‘eigen zorgverlener’ voor de patiënt is gerechtigd om de geleverde zorg als prestatie bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.
4. De bepalingen zoals opgenomen in lid 1, 2 en 3 zijn niet van toepassing op Wbmv-zorg indien alleen de uitvoerende instelling een Wbmv-vergunning heeft voor het uitvoeren van de zorg.
5. Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en hij/zij de patiënt vanuit de initiële instelling naar zichzelf (door)verwijst in een andere instelling, is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg in de andere instelling wordt dan via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht bij de initiële instelling. Overeenkomstig het bepaalde in het derde lid brengt de initiële instelling het zorgproduct in rekening bij de zorgverzekeraar of de patiënt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 32, lid 1 t/m 5.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Onderlinge dienstverlening betreft het gezamenlijk, door twee of meer zorgaanbieders, leveren van zorg. Zorgproducten en zorgactiviteiten kunnen door de uitvoerende zorgverlener in zijn geheel of gedeeltelijk in rekening gebracht worden bij de zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft.

E3. Wanneer is géén sprake van onderlinge dienstverlening?

5. Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en hij/zij de patiënt vanuit de initiële instelling naar zichzelf (door)verwijst in een andere instelling, is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg in de andere instelling wordt dan via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht bij de initiële instelling. Overeenkomstig het bepaalde in het derde lid brengt de initiële instelling het zorgproduct in rekening bij de zorgverzekeraar of de patiënt.
6. De verplichting genoemd in het vorige lid om zorg, die na doorverwijzing is geleverd in een andere instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap, via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen, geldt niet in de volgende gevallen:
 - a. de situatie waarin een medisch specialist die vanuit een categorale instelling (revalidatie-instelling, radiotherapeutisch centrum, dialysecentrum of audiologisch centrum) is gedetacheerd in een ziekenhuis als zijnde hoofdbehandelaar van de patiënt verwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg waarin deze medisch specialist zelf als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal behandelen;
 - b. de situatie waarin de patiënt voor (hoog)complexe zorg door een medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar wordt verwezen naar een andere instelling waar deze medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal gaan behandelen omdat de benodigde behandelafaciliteiten of kennis en/of kunde ontbreken in de eerstbedoelde instelling;
 - c. de situatie waarin de patiënt door een medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar wordt verwezen naar een andere instelling waar deze medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal gaan behandelen, vanwege voor de patiënt niet-gecontracteerde zorg bij de initiële instelling. Op voorwaarde dat de zorg waarvoor de patiënt wordt verwezen, dient voor de patiënt wel gecontracteerd is in de instelling waar de patiënt naar wordt verwezen.
 - d. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in. De hoedanigheid van hoofdbehandelaar, 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 terug verwijzen naar de initiële instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap 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 behandeld wordt in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is, mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.
8. Indien zorg verleend wordt door een andere instelling in het kader van een second opinion mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen

volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.

Bron: NR/REG-2207a, art. 32, lid 5 t/m 8.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Er is dus géén sprake van onderlinge dienstverlening bij een acute zorgvraag in een andere instelling. Bij een second opinion in een andere instelling is eveneens géén sprake van onderlinge dienstverlening.

Er is eveneens géén sprake van onderlinge dienstverlening indien een patiënt wordt **doorverwezen** naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne doorverwijzing). Er is sprake van een doorverwijzing indien diagnostiek **en/of** behandeling door een nieuwe hoofdbehandelaar wordt uitgevoerd. In dit geval openen beide een DBC.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag E6. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder, eindigt dan de onderlinge dienstverlening?

E4. Hoe wordt de onderlinge dienstverlening geregistreerd?

Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een dbc-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.

Alle denkbare (delen van) dbc-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

Bron: BR/REG-22114a, art. 8.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

E5. Hoe wordt onderlinge dienstverlening gedeclareerd?

Alleen de zorgaanbieder die optreedt als 'eigen zorgverlener' voor de patiënt is gerechtigd om de geleverde zorg als prestatie bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.

Bron: NR/REG-2207a, art. 32, lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening wordt door de uitvoerende zorgverlener geen DBC-zorgproduct of overig zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct in rekening gebracht.

Bron: NR/REG-2207a, art. 32, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een nadere uitleg vindt u onder vraag E3. Wanneer is géén sprake van onderlinge dienstverlening?

Onderlinge dienstverlening kan uitsluitend in rekening gebracht worden aan de eigen zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft.

Bij bovenstaand artikel wordt in de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2207a) de volgende toelichting gegeven:

Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening') vastgesteld met een vrij tarief. Dit houdt in dat hiermee alle denkbare (deel)prestaties respectievelijk activiteiten in rekening kunnen worden gebracht die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, etc.) plaatsvinden. Hiermee wordt het voor zorgaanbieders mogelijk om zelf te kiezen voor een vorm van vergoeding voor over en weer verleende diensten en geleverde prestaties.

Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 32.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

1. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een DBC-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.

2. Alle denkbare (delen van) DBC-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

Bron: BR/REG-22114a, art. 8.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

E6. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder, eindigt dan de onderlinge dienstverlening?

Toelichting:

Hierbij is het van belang wanneer er geen sprake meer is van een eigen patiënt of van een eigen zorgverlener.

Dit betekent dat bij een doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder én naar een andere hoofdbehandelaar, de zorgaanbieder waarnaar verwezen wordt een eigen zorgtraject opent. Alle zorgactiviteiten in het kader van die zorg worden daarna aan dat zorgtraject gekoppeld.

l. Eigen patiënt

Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

m. Eigen zorgverlener.

Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid l en m.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting van NZa:

Onderdeel l en m: Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 1, l en m.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag [G22. Wanneer mogen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij doorverwijzing?](#)

E7. Is het toegestaan dat twee instellingen een zorgtraject openen indien er sprake is van uitbesteding van diagnostiek aan een ander ziekenhuis?

Toelichting:

Nee, dit is niet toegestaan. Het ziekenhuis dat een aanvraag doet voor diagnostiek blijft hoofdbehandelaar van de patiënt. Er vindt geen medische overdracht plaats. De diagnostiek wordt

75

uitgevoerd op verzoek van de hoofdbehandelaar en maakt onderdeel uit van het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar. Het ziekenhuis dat de diagnostiek uitvoert kan hier geen eigen zorgtraject voor openen.

Als er **geen** sprake is van 'doorverwijzing' voor de **betreffende** zorgvraag kan slechts in 1 instelling sprake zijn van een zorgtraject.

Dit betekent dat voor **verschillende** zorgvragen er dus ook verschillende regels kunnen gelden, afhankelijk van een wel/geen doorverwijzing voor die betreffende zorgvraag.

F. DAGVERPLEGING - POLIKLINIEK

F1. Wat is de definitie van dagverpleging?

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 25.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Het is van belang dat de plaats waar de dagverpleging geleverd wordt overeenkomstig de definitie geldt. Hierbij geldt dat het zinvol is om bij twijfel afspraken te maken tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

F2. Wat is de definitie van een verpleegdag?

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 op dag van of de dag na opname;
- overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

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

Bron: NR/REG-2207a, art. 24 lid 29.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De voorwaarde voor overnachting geldt niet indien sprake is van een definitieve klinische overname.

F3. Hoe moet een verpleegdag geregistreerd worden?

Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan het subtraject gekoppeld.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar.
- Kinderen met een SKION-stratificatie die een allogene stamceltransplantatie 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 23, lid 9.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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).

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.

Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 24, lid 26 t/m 29.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Gewijzigde tekst in 2022 zonder inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Verduidelijking in de regelgeving van afdelingen die onder een voor verpleging ingerichte afdeling kunnen vallen, zoals de Eerste Harthulp (EHH).

Toelichting:

De toelichting op verpleegdagen is uitgebreid zodat er meer duidelijkheid wordt verschaft over de registratiefrequentie van verpleegdagen. Deze informatie is opgenomen in onderstaande tabel.

Opnametijd patiënt x	Ontslagtijd patiënt	Aantal verpleegdagen
Voor 20:00u kalenderdag X	Voor 07:00u kalenderdag X+1	0
	Bij definitieve overname of overlijden voor 7:00u kalenderdag X+1	2
	Na 07:00u kalenderdag X+1 (ook bij definitieve overname of overlijden)	2
Na 20:00u en voor 00:00u kalenderdag x	Voor 07:00u kalenderdag X+1	0
	Bij overlijden voor 07:00u kalenderdag X+1	1
	Na 07:00u kalenderdag X+1 (ook bij definitieve overname of overlijden)	1
Op 00:00u of na 00:00u kalenderdag x	Voor 07:00u kalenderdag X	0
	Bij overlijden of overname voor 07:00u kalenderdag X	1
	Na 07:00u kalenderdag X	0
	Bij overlijden of overname na 07:00u kalenderdag X	1

F4. Wat is de definitie van polikliniekbezoek?

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 KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, 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 klinische patiënt;
- overname van een klinische patiënt;

- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- enkel 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 van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. Als er meerdere zorgvragen tijdens één polikliniekbezoek worden besproken, wordt slechts één polikliniekbezoek vastgelegd. Op het moment dat voor meerdere zorgvragen meerdere beroepsbeoefenaren vanuit verschillende specialismen hoofdbehandelaar zijn en tegelijkertijd een polikliniekbezoek hebben met de patiënt, dan is het toegestaan om voor deze verschillende beroepsbeoefenaren een polikliniekbezoek te registreren. 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 (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Als er voor meerdere zorgvragen meerdere beroepsbeoefenaren vanuit verschillende specialismen hoofdbehandelaar zijn en tegelijkertijd een polikliniekbezoek hebben met de patiënt, is het mogelijk dat deze verschillende beroepsbeoefenaren een polikliniekbezoek registreren.

Een eerste polikliniekbezoek en herhaalpolikliniekbezoek kunnen ook op afstand plaatsvinden: door middel van een screen-to-screen consult, een belconsult of een schriftelijke consultatie.

Indien er een overeenkomst bestaat tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, mag een polikliniekbezoek geregistreerd worden indien het consult in de thuissituatie plaatsvindt.

F5. Wat is definitie van een eerste polikliniekbezoek?

Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog 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 minimaal 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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24 lid 2.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een zorgtraject kan meerdere eerste polikliniekbezoeken bevatten. Dat kan bijvoorbeeld als tijdens een lopend zorgtraject een nieuwe zorgvraag besproken wordt die losstaat van de initiële zorgvraag, waarvoor op grond van NZa regelgeving het openen van een parallel zorgtraject niet mogelijk of niet toegestaan is.

Meerdere eerste polikliniekbezoeken zijn mogelijk als bijvoorbeeld een nieuwe, separate zorgvraag wordt besproken waarvoor vanwege de regelgeving het openen van een parallel zorgtraject niet mogelijk is.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag *F8. Mag een zorgtraject meerdere eerste polikliniekbezoeken bevatten?*

In de zorgactiviteitomschrijving is geen verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Dat houdt in dat een eerste polikliniekbezoek ook op afstand plaats kan vinden. Dit kan via een screen-to-screen consult, een belconsult of een schriftelijke consultatie.

F6. Wanneer mag een eerste polikliniekbezoek geregistreerd worden?

Toelichting:

De NZa omschrijft zorgactiviteiten vorm- en locatie-onafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat.

Een eerste polikliniekbezoek mag geregistreerd worden indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Het betreft de eerste keer dat de patiënt zich met deze zorgvraag tot de zorgprofessional wendt.
- Het betreft een nieuwe zorgvraag van de patiënt.
- Het betreft een consult tussen de patiënt en een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog.

Een eerste polikliniekbezoek kan op vier verschillende manieren plaatsvinden:

- Fysiek, dat wil zeggen face-to-face.
- Via een belconsult.
- Via een screen-to-screen consult.
- Via een schriftelijke consultatie.

F7. Wie mag een polikliniekbezoek registreren?

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 KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis, thuissituatie) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een eerste en een herhaalpolikliniekbezoek kunnen geregistreerd worden door een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag G4. Wie mag een zorgtraject openen, sluiten en declareren? en vraag G5. Wie mag welke zorgactiviteiten registreren binnen een zorgtraject?

F8. Mag een zorgtraject meerdere eerste polikliniekbezoeken bevatten?

Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog 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 minimaal 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24 lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Tot 2021 mag een zorgtraject maximaal één eerste polikliniekbezoek bevatten. Indien een patiënt tijdens de looptijd van een zorgtraject de poortspecialist consulteert voor een nieuwe zorgvraag, maar

hiervoor geen nieuw zorgtraject geopend mag worden (want er wordt niet voldaan aan de voorwaarden), dan kon voor dit polikliniekbezoek tot 2020 geen zorgactiviteit geregistreerd worden.

Door de aanpassing van bovenstaand artikel wordt meer duidelijkheid gegeven wanneer een eerste polikliniekbezoek (bij eerste contact voor een nieuwe zorgvraag) of herhaalpolikliniekbezoek (bij vervolg contact voor deze zorgvraag) geregistreerd moet worden.

Het is dus toegestaan dat een zorgtraject meerdere eerste polikliniekbezoeken mag bevatten.

F9. Wat is definitie van een herhaalpolikliniekbezoek?

Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt niet voor de eerste keer voor dezelfde zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog 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 herhaalpolikliniekbezoek 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24 lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Tot en met 2020 was het beleid van de NZa dat een zorgtraject altijd een eerste polikliniekbezoek (of verpleegdag) moet bevatten, voordat een herhaalpolikliniekbezoek geregistreerd mocht worden. De NZa is tot de conclusie gekomen dat deze lijn niet aansluit op de praktijk. Daarom is het per 2021 wel toegestaan om een zorgtraject te starten met een herhaalpolikliniekbezoek, indien dit noodzakelijk is vanwege andere (registratie)bepalingen.

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.

Het kan ook voorkomen dat tijdens een eerste polikliniekbezoek twee zorgvragen worden besproken en voor beide zorgvragen worden aparte vervolgspraken gemaakt. Indien voldaan wordt aan de

voorwaarden mag voor beide zorgvragen een zorgtraject worden geopend. Echter mag er maar één eerste polikliniekbezoek geregistreerd worden, welke aan een van beide zorgtrajecten wordt gekoppeld. Het andere zorgtraject bevat daardoor nog geen eerste polikliniekbezoek wanneer het vervolgsconsult plaatsvindt. Hierdoor kan geen herhaalpolikliniekbezoek (of schriftelijk consult) of belconsult in dit traject geregistreerd worden. Met deze wijziging wordt het mogelijk gemaakt dat een zorgtraject wel kan starten met een herhaalpolikliniekbezoek, indien dit noodzakelijk is vanwege andere (registratie)bepalingen.

Een herhaalpolikliniekbezoek wordt in hetzelfde zorgtraject geregistreerd waarin het eerste polikliniekbezoek heeft plaatsgevonden, tenzij dit op grond van andere (registratie)bepalingen niet mogelijk is.

F10. Wanneer mag een polikliniekbezoek (niet zijnde 'eerste') geregistreerd worden?

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technolog 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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 3.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Op het moment dat voor meerdere zorgvragen meerdere beroepsbeoefenaren vanuit verschillende specialismen hoofdbehandelaar zijn en tegelijkertijd een polikliniekbezoek hebben met de patiënt, dan is het toegestaan om voor deze verschillende beroepsbeoefenaren een polikliniekbezoek te registreren.

Een dergelijke situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen op de SEH.

F11. Wanneer mag een polikliniekbezoek niet geregistreerd worden?

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 (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

F12. Wat valt niet onder een polikliniekbezoek?

...//... De volgende zorgactiviteiten worden **niet** aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een klinische patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- enkel 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);

...//...

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

F13. Mag bij een verrichting een polikliniekbezoek geregistreerd worden?

...//.... De volgende zorgactiviteiten kunnen **niet** worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een klinische patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- **enkel 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);

...//....

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De registratie hangt dus af van de daadwerkelijke situatie.

Situatie 1.

De patiënt komt op de polikliniek (= consult) en wordt vervolgens op een andere dag ingepland op de poliklinische OK (= *geen* consult).

Registratie van een consult en een verrichting.

Situatie 2.

De patiënt komt op de polikliniek (= consult). Tijdens het consult blijkt dat er een verrichting uitgevoerd moet worden op de poliklinische OK en dit wordt direct uitgevoerd. Deze verrichting was niet vooraf ingepland.

Registratie van een consult en een verrichting.

Situatie 3.

De patiënt wordt op dezelfde dag ingepland op de polikliniek en op de poliklinische OK: dit vindt aansluitend plaats. Hierbij is geen sprake van 'enkel' het uitvoeren van een verrichting, maar ook van een consult.

Registratie van een consult en een verrichting.

Situatie 4.

De patiënt wordt voorafgaand rechtstreeks ingepland op de poliklinische OK zonder consult.

Registratie van een verrichting.

Registratie/declaratie van een poli-consult is in dit geval niet toegestaan omdat er geen spreekuur contact door een medisch specialist/SEH-arts/PA/VS met de patiënt heeft plaatsgevonden.

F14. Wanneer mogen er op één dag meerdere polikliniekbezoeken geregistreerd worden?

Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. Als er meerdere zorgvragen tijdens één polikliniekbezoek worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

LET OP:

In de omschrijving wordt aangegeven dat indien er op 1 dag meerdere policontacten plaatsvinden, deze mogen worden geregistreerd mits zij **niet** aansluitend (in hetzelfde spreekuur) zijn van dezelfde beroepsbeoefenaar. Evenzo kunnen bij verschillende subspecialismen én bij verschillende zorgvragen die op dezelfde dag plaatsvinden, meerdere polibezoeken geregistreerd worden. Hierbij geldt niet de voorwaarde dat deze policontacten vooraf in de agenda gepland staan.

De zogenaamde 'one-stop-shop' waarbij 2 policontacten geregistreerd kunnen worden is daarmee intact gebleven.

F15. Mag een screen-to-screen contact geregistreerd worden als vervanging voor een fysiek polikliniekbezoek?

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

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

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 4.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een screen-to-screen consult is in de regelgeving gelijkwaardig gesteld aan een eerste polikliniekbezoek en een herhaal-polikliniekbezoek. Daarmee kan een screen-to-screen consult dus dienen als vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag 15. Wat wordt verstaan onder een screen-to-screen consult? en vraag 16. Wanneer mag een screen-to-screen consult geregistreerd worden?

F16. Mag naast een spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling een polikliniekbezoek worden vastgelegd?

Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (190015)

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

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 17.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

De code voor acute zorg op de SEH telt **niet** als polibezoek.

Eventueel kan de code voor acute zorg op de SEH-afdeling worden toegevoegd indien daarvan sprake is. Deze wordt (eventueel) naast de code voor het (herhaal) polibezoek vastgelegd. Vanaf 2016 is het verplicht zijn deze code ook op de nota te vermelden.

F17. Mag naast een spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis een polikliniekbezoek worden vastgelegd?

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

Een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op een andere afdeling dan de spoedeisende hulp.

Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 18.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Bij spoedeisende zorg buiten de SEH-afdeling gaat het om zorgvragen van patiënten die zich acuut en onmiddellijk voordoen en waarbij de niet verplaatsbare voorziening zich niet op de SEH-afdeling bevindt. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek of naast een klinische opname, indien deze klinische opname volgt na het spoedeisende hulpcontact, worden vastgelegd.

De code voor acute zorg op de SEH telt **niet** als polibezoek.

Eventueel kan de code voor acute zorg op de SEH-afdeling worden toegevoegd indien daarvan sprake is. Deze wordt (eventueel) naast de code voor het (herhaal) polibezoek vastgelegd.

Vanaf 2016 is het verplicht deze code ook op de nota te vermelden.

F18. Wat geldt bij 1 policontact (b.v. op SEH) waar bij meerdere zorgvragen meerdere hoofdbehandelaren van verschillende specialismen betrokken zijn?

Toelichting:

Op het moment dat voor meerdere zorgvragen meerdere beroepsbeoefenaren vanuit verschillende specialismen hoofdbehandelaar zijn en tegelijkertijd een polikliniekbezoek hebben met de patiënt, dan is het toegestaan om voor deze verschillende beroepsbeoefenaren een polikliniekbezoek te registreren.

Een dergelijke situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen op de SEH.

Om als tweede poortspecialist een eigen zorgtraject te kunnen openen dient voldaan te worden aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

De beroepsbeoefenaar maakt zelf de afweging of het openen van een DBC gerechtvaardigd is. De term 'behandeling' is verwijderd uit de regelgeving. Hiervoor in de plaats is de term 'beleid' gekomen, waaronder ook conservatief beleid valt.

Als de zorgverlener voldoet aan de overige vereisten, dan mag een DBC-traject worden geopend. Of het DBC-zorgtraject gedeclareerd kan worden, is afhankelijk van de geleverde zorg en de geregistreerde zorgactiviteiten.

F19. Wanneer wordt een langdurige observatie zonder overnachting geregistreerd?

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 26.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

G. DBC (ZORGTRAJECTEN EN ZORGACTIVITEITEN)

G1. Wat zijn de algemene registratiebepalingen?

Algemene registratiebepalingen – Zorgtrajecten

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 á terme datum (de uitgerekenende datum) indien de pasgeborene een aandoening krijgt die te maken heeft met de geboorte of perinatale periode. De typeringslijst voor kindergeneeskunde wordt gehanteerd vanaf 28 dagen na de á terme datum of op het moment dat de pasgeborene een aandoening krijgt die niet te maken heeft met de geboorte of perinatale periode.

Bron: NR/REG-2207a, art. 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Algemene registratiebepalingen – Subtrajecten

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 15.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Algemene registratiebepalingen – Zorgactiviteiten

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 uitvoerende zorgverlener, dat wil zeggen de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd, legt de zorgactiviteit op zijn eigen AGB-code vast. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten en zorgverleners die geen eigen AGB-code kunnen aanvragen.
4. Zorgactiviteiten zijn vorm- en locatieonafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteit-omschrijving 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 enkel 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. Een uitzondering hierop is bij overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar. Uitzonderingen hierop zijn:
 - Overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar.
 - 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 gekoppeld.

Bron: NR/REG-2207a, art. 23.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

In de regelgeving is de verplichting opgenomen dat de uitvoerende zorgverlener de zorgactiviteit op zijn eigen AGB-code vastlegt. Uitzonderd van deze verplichting zijn arts-assistenten en zorgverleners die geen eigen AGB-code kunnen aanvragen.

Toelichting:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft vastgesteld dat de geregistreerde uitvoerder van een zorgactiviteit niet altijd de daadwerkelijke uitvoerder van de zorgactiviteit is. Dit is de aanleiding geweest om dit onderdeel in de regels te verduidelijken.

De beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd legt de zorgactiviteit vast op een AGB-code, waarbij uit de eerste twee posities van de AGB-code af te leiden is om welke zorgverlenersoort het gaat. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsgroepen die de poortfunctie kunnen uitoefenen. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten.

LET OP:

Het is dus verplicht voor een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent om de geleverde zorg vast te leggen op de eigen AGB-code.

G2. Wat is de startdatum van het zorgtraject?

Toelichting:

Op het moment dat een patiënt zich bij een zorgaanbieder meldt met een zorgvraag, dan opent de zorgaanbieder direct een zorgtraject. Dit betekent dat het zorgtraject start op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt.

Tijdens het zorgtraject registreert de behandelaar alle activiteiten en verrichtingen die zijn ingezet om de zorgvraag te behandelen.

De registratie van 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 4, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een DBC-zorgtraject kan starten op de datum van een verstrekking/toediening van een add-on geneesmiddel of overig zorgproduct stollingsfactor aan een patiënt. Aan alle andere voorwaarden die horen bij het openen van een zorgtraject moet voldaan worden.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag L20. Mag een add-on geneesmiddel gedeclareerd worden als deze wel is bereid, maar niet is toegediend aan de patiënt?

G3. Wat is de startdatum van een zorgtraject als deze voortvloeit uit een overig zorgproduct voor eerstelijnsdiagnostiek of paramedische behandeling en diagnostiek?

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
- (...)

Bron: NR/REG-2207a, art. 34. lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Als een overig zorgproduct op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject is die datum dus de startdatum van het zorgtraject. Als het overig zorgproduct echter op een latere datum leidt tot een zorgproduct, wordt die latere datum de datum van openen van het zorgproduct en kan het overige zorgproduct afzonderlijk geregistreerd worden.

G4. Wie mag een zorgtraject openen, sluiten en declareren?

Toelichting:

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

Openen zorgtraject (met subtraject ZT11)

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.

Openen zorgtraject bij intercollegiaal consult (icc) (met subtraject ZT13)

Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door **de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert** geopend bij een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.

Openen overig zorgtraject (met subtraject ZT41)

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 aangezichts chirurgie), een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch-specialistische behandeling en diagnostiek levert aan een patiënt.

Openen IC-zorgtraject (met subtraject ZT51 of ZT52)

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.

Openen ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)

Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar kan worden geopend wanneer de **ondersteuner** zorg levert aan de patiënt en voor deze zorgvraag geen eigen zorgtraject open staat. Deze zorgactiviteiten worden gekoppeld aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Bron: NR/REG-2207a, art. 4 t/m 14.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 zonder inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Verduidelijking dat onder ic-dagen ook de NICU en PICU worden bedoeld bij het openen van een zorgtraject voor een intercollegiaal consult.

G5. Wie mag welke zorgactiviteiten registreren binnen een zorgtraject?

Toelichting:

In de Nadere Regel zijn regels opgenomen voor het openen van een zorgtraject. Het openen van een zorgtraject is afhankelijk van het zorgtype van het subtraject.

Er zijn echter beperkingen welke zorgactiviteiten binnen zorgtrajecten/subtrajecten door wie geopend (geregistreerd) mogen worden. Dit is weergegeven in onderstaande tabel.

Zorgactiviteit	Mag geopend/geregistreerd worden door
Eerste polikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog

Herhaalpolikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Belconsult ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal- polikliniekbezoek	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog
Multidisciplinair overleg	Minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen
Multidisciplinair consult	Minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van verschillende AGB-specialismen
Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant
Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis	Poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant
Klinisch intercollegiaal consult (ICC)	Medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant
Medebehandeling	Medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant
Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert

uitgevoerd, in het kader van een second opinion	
Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert
Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en een patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert
Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, zie bij de verschillende zorgactiviteiten.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor het vastleggen van alle activiteiten, dus openen, typeren en sluiten, die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject plaatsvinden.

Binnen deze regels voor openen en wie wat mag doen kunnen zich verschillende situaties voordoen:

Situatie 1:

De verpleegkundig specialist/physician assistant/SEH-arts verricht handelingen binnen een geopend **subtraject** van de poortspecialist. De poortspecialist declareert.

Situatie 2:

De verpleegkundig specialist/physician assistant/SEH-arts handelt binnen een geopend **zorgtraject** van de medisch specialist. Gedurende de looptijd van het **subtraject** is er geen inmenging van medisch specialist: de activiteiten van de verpleegkundig specialist/physician assistant/SEH-arts leiden tot een declaratie, onder de vlag van een poortspecialist.

Situatie 3:

De verpleegkundig specialist/physician assistant/SEH-arts handelt geheel zelfstandig een zorgvraag af. De verpleegkundig specialist/physician assistant opent een **eigen zorgtraject** en opent, sluit en declareert vervolgens het initieel subtraject en eventuele vervolgttrajecten. In dit geval wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag G6. Wat zijn de voorwaarden voor het openen van een zorgtraject?

G6. Wat zijn de voorwaarden voor het openen van een zorgtraject?

Openen zorgtraject (met subtraject ZT11)

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 specialisme binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.

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 en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1 en 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

In de toelichting bij artikel 5 staat het volgende:

Een (tweede) declaratie is alleen gerechtvaardigd als daadwerkelijk sprake is van een eigen zorgvraag en een voldoende afzonderlijk zorgtraject. Of er sprake is van een afzonderlijk zorgtraject, blijkt uit de voorwaarden zoals opgenomen in de leden van artikel 5. Het is aan de medisch specialist om te bepalen of er sprake is van een eigen zorgvraag.

Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 5.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

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 anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Als de zorgverlener voldoet aan de overige vereisten, dan mag een DBC-traject worden geopend. Of het DBC-zorgtraject gedeclareerd kan worden, is afhankelijk van de geleverde zorg en de geregistreerde zorgactiviteiten.

G7. Welke gegevens worden er geregistreerd bij een zorgtraject?

Bij een zorgtraject worden de volgende gegevens vastgelegd:

- Patiëntnummer.
- Geslacht.
- Leeftijd.
- Zorgtrajectnummer: een zorgtrajectnummer is een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het ZIS.
- Uitvoerend specialisme: de AGB-specialismecode van het specialisme dat het zorgtraject opent.
- Begindatum: de begindatum waarop de eerste activiteit plaatsvindt naar aanleiding van de zorgvraag van de patiënt. Dit kan de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook bijvoorbeeld de datum van het eerste polikliniekbezoek.
- Einddatum: de datum waarop het zorgtraject wordt afgesloten. In de meeste gevallen kan het ZIS de einddatum automatisch invullen op basis van de geautomatiseerde afsluitregels.
- Verwijzend zorgtrajectnummer: wordt automatisch ingevuld door het ZIS en verwijst naar het zorgtraject waarvan uit wordt verwezen voor zorgtrajecten met een subtraject van het zorgtype 51.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

G8. Wat zijn de voorwaarden voor het openen van zorgtrajecten met subtrajecten?

Bij de openingsregels van zorgtrajecten maken we onderscheid in:

- Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 11 (initiële behandeling) of zorgtype 21 (vervolgbehandeling);
- Zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 13 ICC (intercollegiaal consult);
- Zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 41 (bij levering van een overig zorgproduct (ozp), door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de eerste lijn, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt);
- Zorgtrajecten met subtraject zorgtype 51 en 52 voor opname op de ic-afdeling of een ic-intercollegiaal consult buiten de ic;
- Zorgtrajecten met subtraject 51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 11 (initiële behandeling) of 21 (vervolgbehandeling)

Een zorgtraject met subtraject zorgtype 11 wordt geopend als een patiënt bij een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of als voor de zorgvraag bij deze beroepsgroep nog geen zorgtraject geopend is. De patiënt kan zowel afkomstig zijn van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) worden doorverwezen.

De daaropvolgende subtrajecten hebben het zorgtype 21 (vervolgbehandeling). In de Nadere Regel staat beschreven op welke momenten een subtraject met zorgtype 11 of 21 wordt afgesloten. Het zorgtraject wordt gesloten als er een periode van drie keer 120 dagen na afsluiten van een subtraject geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland zijn in de toekomst, of direct na het overlijden van de patiënt.

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 13

Een zorgtraject met subtraject zorgtype 13 ICC (intercollegiaal consult) wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, geopend bij een intercollegiaal consult voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Voor zorgtype 13 geldt dat de zorg die geleverd wordt voor een intercollegiaal consult zich beperkt tot de klinische periode van een patiënt. Het zorg-/subtraject met zorgtype 13 wordt gesloten bij ontslag, of uiterlijk op de 120e dag. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject.

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 41

Een zorgtraject met subtraject zorgtype 41 wordt geopend door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, indien deze op verzoek van de eerstelijns of een specialisme waarvoor de dbc-systematiek niet geldt (bijvoorbeeld kaakchirurgie) een overig zorgproduct levert. Hierin wordt alle zorg geregistreerd die in het kader van het overig zorgproduct is uitgevoerd.

Binnen deze zorgtrajecten is geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject.

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 51 of 52 ten behoeve van ic-zorg

Voor een opname op de intensive care (ic) afdeling, voor een ic-intercollegiaal consult buiten de ic, of het vervoer van een patiënt met een interklinisch transport of MICU transport, wordt per periode een apart zorg-/subtraject zorgtype 51 of 52 geopend. Hierin wordt alle zorg die uitgevoerd wordt op de ic geregistreerd. In het geval van een ic-intercollegiaal consult buiten de ic en het interklinisch transport of MICU transport wordt dit in het zorg-/subtraject van het ic-consult geregistreerd. Dit geldt voor de ic-zorgactiviteiten (add-ons ic), maar ook andere zorgactiviteiten zoals laboratoriumverrichtingen. Op deze wijze is het mogelijk een volledig beeld te krijgen van de geleverde zorg tijdens een ic-behandeling.

Een zorgtype 51 kunt u alleen afsluiten in combinatie met een subtraject van de hoofdbehandelaar (zorgtype 11 of 21) en wordt dus geopend als de ic-zorg deel uitmaakt van een zorgtraject van een hoofdbehandelaar. Alle zorgactiviteiten die aan het ic-zorg-/subtraject zorgtype 51 zijn gekoppeld, worden onderdeel van het profiel van het subtraject van de hoofdbehandelaar, maar zijn wel apart te onderscheiden. Het ic-zorg-/subtraject zorgtype 51 moet tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd worden. Dit kan pas nadat het subtraject van de

hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels die staan in de Nadere Regel. Een grouper controleert bij zorgtype 51 op de aanwezigheid van een subtraject zorgtype 11 of 21. De relevante ic-zorgactiviteiten worden er door een grouper uitgefilterd en mogen afzonderlijk gedeclareerd worden als ic add-on zorgproducten.

Zorgtype 52 wordt geopend indien een patiënt rechtstreeks op de ic-afdeling wordt opgenomen en er geen zorgtraject van een hoofdbehandelaar is geopend.⁶ Een subtraject met zorgtype 52 mag zelfstandig aan een grouper worden aangeboden. Een grouper controleert bij zorgtype 52 niet op de aanwezigheid van een subtraject met zorgtype 11 of 21. Enkel de add-ons zijn hier declarabel. De overige zorg op de ic die niet als add-ons gedeclareerd mag worden, is niet declareerbaar.

De ic add-ons mogen tussentijds gedeclareerd worden, maar dienen wel binnen een subtraject zorgtype 51 of 52 aan een grouper te worden aangeboden. Een zorgtraject met een subtraject zorgtype 51 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 intercollegiale consult. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject.

NB: een subtraject bestaat altijd in combinatie met het eigen zorgtraject. De openings- en sluitdatum van subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52 zijn gelijk aan de openings- en sluitdatum van het zorgtraject. In de Nadere Regel staat op welke momenten de zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 13, 41, 51 of 52 worden afgesloten.

Een zorgtraject met subtraject met zorgtype 13, 41, 51 of 52 bevat slechts één subtraject.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De registratie van geleverde zorg moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Deze zijn beschreven in de Nadere Regel NR/REG-2207a. In de Nadere Regel zijn hierover de volgende registratieregels opgenomen:

- Die het begin en einde van de periode bepalen waarover de geleverde zorg kan worden gedeclareerd (de subtrajecten);
- Die voorschrijven welke gegevens nodig zijn voor registratie, zodat een grouper een declarabel dbc-zorgproduct en eventueel andere declarabele prestaties kan afleiden.

De maximale doorlooptijd van een subtraject is gelimiteerd tot maximaal 120 dagen.

G9. Welke verschillende zorgtrajecten met subtrajecten bestaan er?

De volgende zorgtypes worden onderscheiden:

- ZT11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
- ZT21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.

- ZT13: subtraject bij een intercollegiaal consult (icc). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
- ZT51: subtraject met opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- ZT52: subtraject voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- ZT41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek.

Bron: BR/REG-22114a, art. 6, lid 2 sub a.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

G10. Welke gegevens worden er geregistreerd bij een subtraject?

Het subtraject is het resultaat van een geautomatiseerd samenvattingsproces binnen het ziekenhuis. Dit proces levert de volgende gegevens op:

- Subtrajectnummer: Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
- Begindatum: De begindatum van een subtraject is:
 - De datum waarop de eerste activiteit plaatsvindt na het openen van het zorgtraject; bij een subtraject met zorgtype 11 of 13 kan dit de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook de datum van het (eerste) polikliniekbezoek of;
 - Bij een subtraject ZT21 de dag na het afsluiten van het vorige subtraject.
- Einddatum: Dit is de datum waarop het subtraject wordt afgesloten. In voorkomende gevallen kan het ICT-systeem op basis van de afsluitregels de einddatum automatisch invullen.
- Zorgtype: De code van het zorgtype (11, 13, 21, 41, 51, 52).
- Specialismecode: AGB-code van het specialisme dat deze behandeling uitvoert*.
- (Typerende) Zorgvraag: Alleen te registreren voor de specialismen waarvoor de component 'Zorgvraag' is opgenomen in de Elektronische Typeringslijst.
- (Typerende) Diagnose: De typerende diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (is het subtraject) het best wordt getypeerd:
 - Bij zorgtype 11 of 21: vul hier de typerende diagnosecode uit de typeringslijst in;
 - Bij zorgtype 13: vul hier de ICC-diagnosecode of de typerende diagnose uit de typeringslijst in;
 - Bij zorgtype 51, 52 of 41: hier hoeft niets te worden ingevuld.
- Afsluitreden subtraject: De afsluitreden wordt gecodeerd volgens de Afsluitreden Tabel.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

*= Wanneer een beroepsbeoefenaar, niet zijnde een medisch specialist, geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

G11. Welke gegevens worden er geregistreerd bij zorgactiviteiten?

- Zorgactiviteitsnummer: Een uniek nummer waarmee de zorgactiviteit binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer wordt automatisch gegenereerd door het ZIS.
- Zorgactiviteit: de code van de zorgactiviteit uit de Zorgactiviteitentabel. Heet is toegestaan om bij registratie gebruik te maken van een eigen/lokaal codestelsel (bijvoorbeeld de CBV-verrichtingen of Verrichtingen Thesaurus). Bij het versturen van de zorgactiviteiten naar een grouper, het DIS of voor facturatie dienen deze codes te worden omgezet naar codes uit de Zorgactiviteitentabel.
- Datum: datum van uitvoering zorgactiviteit.
- Specialisme aanvrager: AGB-code van het specialisme dat de zorgactiviteit heeft aangevraagd.
- Aantal: het aantal uitgevoerde zorgactiviteiten. In het algemeen wordt hier het aantal '1' gebruikt.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Bovenstaande gegevens moeten bij de zorgactiviteiten worden vastgelegd. Zorgactiviteiten (inclusief add-ons) worden gekoppeld aan een zorgtraject.

De uitgevoerde zorgactiviteiten zoals consulten, onderzoeken, verpleegdagen en ok-activiteiten worden binnen het zorgtraject van de patiënt geregistreerd. De verleende zorg wordt vastgelegd via vastgestelde zorgactiviteiten (zie de Zorgactiviteiten Tabel op de website van de NZa). In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die zijn geleverd en gerelateerd aan de zorgvraag van de patiënt.

LET OP:

Een specifieke situatie hierin is revalidatie. Hierbij is het mogelijk om bij gebruik van zorgactiviteiten, die een aantal minuten vertegenwoordigen, een waarde tussen 1 en 9999 op te geven. Directe en indirecte patiëntgerelateerde tijd representeert per zorgactiviteit een tijdseenheid van 5 minuten behandelinzet. Indirecte patiëntgerichte tijd binnen de medisch- specialistische revalidatiezorg wordt vanaf tien minuten per dag geregistreerd om de administratieve lastendruk niet onnodig te verhogen. In geval van een half uur (directe of indirecte) patiëntgerichte tijd wordt dus één zorgactiviteit met aantal = 6 geregistreerd binnen het systeem.

G12. Wanneer mag een zorgtraject worden geopend door een tweede poortspecialist?

Algemeen geldt voor het openen van een 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 specialisme 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 als hoofdbehandelaar optreden en 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 KNMG (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.
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 en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.
4. Parallele 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-combinatietabel (bijlage 7).
 - c. (...)

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1, 2 en 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Om als tweede poortspecialist een eigen zorgtraject te kunnen openen dient voldaan te worden aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

De beroepsbeoefenaar maakt zelf de afweging of het openen van een DBC gerechtvaardigd is. De term 'behandeling' is verwijderd uit de regelgeving. Hiervoor in de plaats is de term 'beleid' gekomen, waaronder ook conservatief beleid valt.

(Bron: Registratiekaart Openen van een DBC)

G13. Mag een zorgverlener een DBC-zorgtraject openen als er in het gehele zorgtraject geen face-to-face contact plaatsvindt?

Toelichting:

Met ingang van 1 januari 2020 is er voor het openen van een DBC-zorgtraject geen 'directe' verplichting meer voor een face-to-face contact tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Als u voldoet aan de overige vereisten, dan mag u een DBC-traject openen. Of u het DBC-zorgtraject kunt declareren is afhankelijk van de geleverde zorg en de geregistreerde zorgactiviteiten. Bij sommige zorgactiviteitsomschrijvingen is de verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Deze zorgactiviteiten kunnen dus niet op afstand geleverd worden.

De NZa omschrijft zorgactiviteiten vorm- en locatieonafhankelijk. Dat houdt in dat een zorgactiviteit ook geregistreerd mag worden indien de zorg op afstand geleverd wordt, mits in de NZa regeling of in de zorgactiviteitsomschrijving geen face-to-face contact vereist wordt.

De DBC-systematiek borgt op verschillende manieren dat in de meeste gevallen de patiënt op enig moment is gezien.

(Bron: website NZa, veelgestelde vragen registreren en declareren behandelingen.)

G14. Hoe borgt de regelgeving dat waar nodig een fysiek face-to-face contact plaatsvindt?

Toelichting:

Deze borging ligt in de Nadere regel medisch-specialistische zorg (NR/REG-2207a) en in de zorgactiviteitsomschrijvingen. Zorgactiviteiten zijn vorm- en locatieonafhankelijk omschreven, tenzij in de regeling of de zorgactiviteitsomschrijving anders vermeld staat.

Zorgactiviteiten mogen geregistreerd worden indien is voldaan aan de omschrijving van de desbetreffende zorgactiviteit en de aanvullende registratievoorwaarden uit de NR/REG-2207a.

Bij sommige zorgactiviteitsomschrijvingen is de verplichting van een face-to-face contact opgenomen. Deze zorgactiviteiten kunnen dus niet op afstand geleverd worden.

LET OP:

Het is ter beoordeling aan de medisch specialist of het medisch inhoudelijk verantwoord is om zorg op afstand te kunnen leveren.

G15. Wanneer wordt een DBC-zorgtraject gesloten?

Toelichting:

Wanneer een zorgtraject wordt afgesloten is afhankelijk van het type subtraject in het zorgtraject. Onderstaand de verschillende subtraject typen met de afsluitregels.

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 kan ook worden afgesloten op het moment van overlijden van een patiënt.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 6, lid 1 en 2.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

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

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

*Bron: NR/REG-2207a, art. 8.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 10.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 (**bij levering van een overig zorgproduct (OZP) door een poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt**) wordt dus afgesloten **direct na uitvoering** van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het overig zorgproduct.

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 51 nog loopt terwijl het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten, wordt het zorg/subtraject 51 afgesloten op hetzelfde moment als het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar. Gelijktijdig met het openen van een vervolgsbtraject voor de hoofdbehandelaar wordt een nieuw ic-zorg/subtraject 51 geopend. Het afgesloten subtraject ZT51 wordt tegelijk met het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 17 en 18.

Bron: NR/REG-2207a, art. 12.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Sluiten ondersteunend zorgtraject (met subtraject ZT51)

Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar wordt afgesloten wanneer het subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten conform de afsluitregels in artikel 17 en 18. Het afgesloten subtraject ZT51 wordt tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 14.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

G16. Wanneer wordt een DBC-subtraject gesloten?**Toelichting:**

Wanneer een subtraject wordt afgesloten is afhankelijk van het type subtraject. Onderstaand de verschillende subtraject typen met de afsluitregels.

Sluiten klinisch subtraject met ZT11 of ZT21

1. Een klinisch subtraject met een ZT11 of 21 (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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 17.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Onder **klinisch subtraject** wordt verstaan een subtraject met zorgtype 11 of 21 waarbinnen een klinische opname heeft plaatsgevonden.

Het gaat hierbij om een klinische (her-)opname voor **dezelfde zorgvraag**.

Als de 120^e dag van een subtraject zich binnen een klinische periode of binnen de 42-dagen periode na de ontslagdatum van de laatste klinische opname bevindt, dan wordt het subtraject afgesloten op de 120^e dag.

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 18.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Onder **niet-klinisch subtraject** wordt verstaan een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met zorgtype 11 of 21 waarbinnen een operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.

Als de 120^e dag van een subtraject zich binnen een klinische periode of binnen de 42-dagen periode na de ontslagdatum van de laatste klinische opname bevindt, dan wordt het subtraject afgesloten op de 120^e dag.

Onder punt 3 **niet-klinisch subtraject** wordt verstaan een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met zorgtype 11 of 21 waarbinnen een conservatieve (niet-operatieve) behandeling heeft plaatsgevonden.

Onder punt 4 wordt verstaan dat een subtraject maximaal 120 dagen kan openstaan. Dit betekent dat bij het bereiken van de 120^e dag het subtraject dient te worden afgesloten. Ook als de 120^e dag in een klinische periode valt. In dit uitzonderlijke geval kan een klinische periode opgeknipt worden en resulteren in twee klinische subtrajecten.

De maximale looptijd van 120 dagen geldt ook voor subtrajecten die gesloten worden op basis van een uitzonderingsregel. De uitzonderingsregels zijn te vinden in het registratieaddendum.

LET OP:

Als er na 360 dagen na afsluiten van een subtraject geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland in de toekomst moet het **zorgtraject** afgesloten worden. Als er na 360 lege subtraject dagen geen nieuwe zorgactiviteiten gepland staan, wordt op de datum van de eerstvolgende zorgactiviteit een **nieuw** zorgtraject geopend. In dit geval is er sprake van verwijstype 'eigen patiënt' als deze patiënt structureel terugkomt bij het betreffende specialisme.

Toelichting:

Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her)opname plaatsvindt voor **dezelfde** zorgvraag, dan wordt een klinisch subtraject afgesloten op de 42^e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.

Wanneer binnen deze 42-dagen periode nog een dagverpleging (één of meer) of operatieve ingreep (één of meer) plaatsvindt voor dezelfde zorgvraag, dan wordt het subtraject toch afgesloten op de 42^e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.

De 42-dagen regel geldt alleen bij een klinische (her) opname voor dezelfde zorgvraag.

De zorgvraag bepaalt of het een nieuw zorgtraject wordt of niet.

G17. Welke zorg moet worden geregistreerd?

De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde enkelzijdig omschreven zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities zoals omschreven in deze nadere regel zijn hierbij leidend.

Bron: NR/REG-2207a, art. 23, lid 2.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Onder vastleggen wordt hier ook een juiste vertaling van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten bedoeld. Elke activiteit die een zorgactiviteiten omschrijving en een zorgactiviteiten code heeft, moet worden geregistreerd. De zorgactiviteitenlijst van de NZa is daarbij leidend.

G18. Wanneer kunnen activiteiten in de DBC geregistreerd worden?

Toelichting:

Behandelaren mogen beginnen met registreren zodra de DBC geopend is. Registreren van diagnostiek- en behandelactiviteiten kan direct na het uitvoeren van de activiteit of op een later moment. Behandelaren moeten bij het registreren gebruikmaken van de bijpassende zorgactiviteiten codes die op de **registratiedatum** in de zorgactiviteiten- en verrichtingentabel staan.

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-ongeneesmiddel of ozp stollingsfactor aan de patiënt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 1.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De zorgactiviteiten en bijbehorende codes kunnen in de loop van de tijd gewijzigd worden door de NZa. Daardoor kan het voorkomen dat in een geopende DBC toch zorgactiviteiten geregistreerd worden die niet beschikbaar waren op het moment van openen. Aangezien de datum van openen bepalend is, kunnen zich daardoor validatieproblemen voordoen. Dit geldt met name voor de zogenaamde overloop DBC's.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag C31. Wat is een overloop DBC?

G19. Welke activiteiten worden in het DBC-subtraject geregistreerd?

Toelichting:

Alle activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van de zorg voor een patiënt moeten worden geregistreerd binnen een geopend subtraject. Binnen een subtraject kunnen activiteiten uit verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen et cetera.

G20. Wat houdt de registratieverplichting van de ICD-10 in?

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.

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.

De ICD-10 code wordt op het diepste niveau geregistreerd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid r, art. 15, toelichting bij art. 15.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

G21. Wie registreert/declareert een poliklinische controle na een opname/ingreep?

Toelichting:

De NZa gaat ervan uit dat de eerste controle na opname/ingreep behoort tot de opname/ingreep. Indien deze plaatsvindt bij een andere zorgaanbieder, dient dit geregeld te worden via onderlinge dienstverlening aan de zorgaanbieder waar de opname/ingreep heeft plaatsgevonden.

G22. Wanneer mogen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij doorverwijzing?

Toelichting:

Hierbij moet onderscheid gemaakt worden: doorverwijzing (ook binnen eigen instelling) naar ander poortspecialisme, óf doorverwijzing naar andere instelling én andere hoofdbehandelaar (van hetzelfde specialisme).

Doorverwijzing (ook binnen eigen instelling) naar ander poortspecialisme:

In de regelgeving geldt als uitgangspunt:

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 als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Doorverwijzing naar andere instelling en andere hoofdbehandelaar (van hetzelfde specialisme):

Hierbij is het van belang dat er GEEN sprake meer is van een eigen patiënt of van een eigen zorgverlener.

Dit betekent dat bij een doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder én naar een andere hoofdbehandelaar de zorgaanbieder waarnaar verwezen wordt een eigen zorgtraject opent. Alle zorgactiviteiten in het kader van die zorg worden daarna aan dat zorgtraject gekoppeld.

Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en hij/zij de patiënt vanuit de initiële instelling naar zichzelf (door)verwijst in een andere instelling, is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg in de andere instelling wordt dan via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht bij de initiële instelling. Overeenkomstig het bepaalde in het derde lid brengt de initiële instelling het zorgproduct in rekening bij de zorgverzekeraar of de patiënt.

De verplichting genoemd in het vorige lid om zorg, die na doorverwijzing is geleverd in een andere instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap, via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen, geldt niet in de volgende gevallen:

- a. De situatie waarin een medisch specialist die vanuit een categorale instelling (revalidatie instelling, radiotherapeutisch centrum, dialysecentrum of audiologisch centrum) is gedetacheerd in een ziekenhuis als zijnde hoofdbehandelaar van de patiënt verwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg waarin deze medisch specialist zelf als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal behandelen;
- b. De situatie waarin de patiënt voor (hoog)complexe zorg door een medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar wordt verwezen naar een andere instelling waar deze medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal gaan behandelen omdat de benodigde behandel­faciliteiten of kennis en/of kunde ontbreken in de eerstbedoelde instelling.
- c. De situatie waarin de patiënt door een medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar wordt verwezen naar een andere instelling waar deze medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal gaan behandelen, vanwege voor de patiënt niet-gecontracteerde zorg bij de initiële instelling. Op voorwaarde dat de zorg waarvoor de patiënt wordt verwezen, dient voor de patiënt wel gecontracteerd is in de instelling waar de patiënt naar wordt verwezen.
- d. De situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, 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 terug verwijzen naar de initiële instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap 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).

*Bron: NR/REG-2207a, art. 32, lid 5 en 6.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Hierdoor kan de situatie ontstaan dat er nog een declarabel subtraject open zal staan terwijl er al verwijzing heeft plaatsgevonden en door de zorgaanbieder waarnaar verwijzing heeft plaatsgevonden eveneens een zorgtraject opent.

Bij doorverwijzing kan er dus tijdelijk in twee instellingen een DBC openstaan voor dezelfde zorgvraag. In de doorverwijzende instelling staat een DBC open, maar hierin worden geen nieuwe zorgactiviteiten meer vastgelegd aangezien de patiënt niet meer voor deze zorgvraag onder behandeling is in deze instelling. Indien echter zorgactiviteiten plaatsvinden in de eerste instelling (behorende bij die zorgvraag waarvoor verwijzing geldt) ná doorverwijzing, worden die zorgactiviteiten gezien als onderlinge dienstverlening van de verwijzende zorgaanbieder aan de verwezen zorgaanbieder.

De regelgeving is bedoeld voor een bepaalde zorgvraag. Het kan dus zijn dat de patiënt voor de ene zorgvraag wordt doorverwezen en voor een andere zorgvraag in de eerste instelling onder behandeling blijft.

G23. Hoe verloopt de registratie na een behandeling bij een zorgaanbieder als patiënt daarna weer wordt terugverwezen naar de oorspronkelijke zorgaanbieder?

Toelichting:

Indien een patiënt is doorverwezen door hoofdbehandelaar A naar een andere zorgaanbieder en andere hoofdbehandelaar B, en na behandeling vervolgens weer wordt terug verwezen, worden alle zorgactiviteiten (m.u.v. de eerste controle na opname / ingreep) weer ondergebracht in het zorgtraject van de eerste zorgaanbieder A. Ook hierbij geldt dat er sprake is van een doorverwijzing, met als voorwaarde: naar een andere zorgaanbieder en andere hoofdbehandelaar.

G24. Hoe moet een complicatie of heroperatie geregistreerd worden?

Toelichting:

Wanneer er sprake is van heroperaties en heropnames als gevolg van complicaties is de volgende regel van toepassing: wanneer de heroperatie en heropname plaatsvindt binnen de looptijd van de reguliere DBC, dan wordt er geen nieuwe DBC geopend.

Voorbeelden van complicaties zijn: postoperatieve (wond)infecties, nabloedingen en naadlekkages.

Als een patiënt binnen 42 dagen na een operatieve ingreep op de polikliniek of dagverpleging komt voor een heroperatie of operatieve behandeling van een complicatie of exacerbatie, dan wordt op de 42^e dag na de datum van de laatste operatieve ingreep het subtraject gesloten.

Wanneer er een heroperatie of heropname volgt als gevolg van een verergering van de aandoening of een complicatie die in redelijkheid bij een uitgevoerde behandeling **niet** voorkomt, dan wordt er een nieuwe DBC geopend. Overigens zal er in veel gevallen dan ook geen sprake zijn van dezelfde zorgvraag en zal een andere DBC worden vastgelegd.

Complicaties of heroperatie die een direct gevolg zijn van de oorspronkelijke ingreep of behandeling behoren binnen het oorspronkelijke zorgtraject geregistreerd te worden.

Betreft het een ingreep en geschiedt de heroperatie binnen 42 dagen na de oorspronkelijke behandeling zal het afsluitmoment daardoor kunnen opschuiven. (De maximale duur van een DBC is echter 120 dagen.) Indien dit geschiedt ná 42 dagen na de oorspronkelijke ingreep zal dit in een volgend subtraject vallen. Voor de validatie van dat vervolg-subtraject kan het nodig zijn de diagnose te wijzigen.

G25. Kan een diagnosecode gewijzigd worden in de loop van een zorgtraject?

Toelichting:

De diagnosecode kan bij aanvang van een zorgtraject (soms) ingevuld worden als een 'werkdiagnose'. Gaandeweg het zorgtraject kan de diagnose specifieker worden of zelfs geheel wijzigen. Zolang er het subtraject niet definitief is afgesloten en voor declaratie is aangeboden, kan de diagnose aangepast worden. Het kan dus ook voorkomen dat een subtraject een bepaalde diagnose heeft en dat een volgend subtraject binnen hetzelfde zorgtraject een andere diagnose heeft.

De diagnoses zijn te vinden in de typeringslijsten van elk vak. De diagnose van een subtraject is medebepalend voor de uiteindelijke afleiding naar een DBC-zorgproduct.

Voorbeeld:

Patiënt komt bij neurologie binnen en zorgtraject wordt geopend onder dementiesyndromen, met initieel subtraject onder de diagnose code 330-0401. Na enige tijd wordt vastgesteld dat het om een stofwisselingsziekte gaat en het openstaande vervolg subtraject wordt gewijzigd in 330-0303.

Toelichting:

Daarnaast geldt voor de codering van de ICD-10:

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.

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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid r en art. 15.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

G26. Mag een medisch specialist, arts-assistent of SEH-arts meerdere DBC's van verschillende poortspecialismen openen tijdens een contact op de SEH?

Toelichting:

Ten aanzien van registratie op de SEH is het van belang om onderscheid te maken tussen het bestaan van één zorgvraag of van twee zorgvragen.

Patiënt meldt zich op de SEH met één zorgvraag

Uitgaande van een patiënt op de SEH met één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen betrokken zijn.

Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 2, sub a.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

In sommige gevallen kan er sprake zijn van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar. In dat geval is sprake van een multidisciplinaire behandeling en opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject. Elk poortspecialisme is verantwoordelijk voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG (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.

*Bron: NR/REG-2207a, art 5, lid 2, sub b.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Als een VS of PA namens een **2^e/ander** poortspecialisme (primaire zorgvraag **door** 1^e/andere poortspecialist, niet zijnde dezelfde arts-assistent) een eigen zorgvraag onderzoekt en behandelt zou er dus wel sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling.

Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een zorgtraject waarbij zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG een deel van de prestaties in het kader van deze zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend. Er is dan geen sprake van multidisciplinaire behandeling.

Patiënt meldt zich op de SEH met meerdere zorgvragen

Algemeen geldt voor het openen van een 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 specialisme 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 als hoofdbehandelaar optreden en 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 KNMG (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.
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 en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1, 2 en 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

LET OP:

Indien deze casus met 2 zorgvragen behandeld wordt door 1 arts- assistent (ANIOS/AIOS) die bij deze patiënt wordt geroepen op de SEH en die arts-assistent is werkzaam is voor meerdere poortspecialismen, niet zijnde een officiële SEH-arts, kan dan die arts-assistent voor beide specialismen (via verschillende AGB-codes) een afzonderlijk zorgtraject openen?

De NZa geeft hierop een antwoord:

Nee. Een arts-assistent werkt op een bepaald moment onder verantwoordelijkheid van een bepaald specialisme. Het kan dus niet zo zijn dat een arts-assistent meerdere zorgtrajecten voor verschillende poortspecialismen opent. De arts-assistent kan alleen een zorgtraject openen voor dat poortspecialisme waarvoor hij/zij op dat moment werkzaam is.

Bron: email NZa aan FMS, dd. 25-11-2015.

Aanvullend geeft de NZa het volgende aan:

Het is dus enkel mogelijk om een tweede zorgtraject te openen indien de AIOS/ANIOS behandeling én diagnostiek uitvoert die niet past binnen de bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor is geopend. Indien enkel diagnostiek wordt uitgevoerd voor een andere zorgvraag, is het dus niet toegestaan om een tweede zorgtraject te openen.

In aanvulling hierop wil ik [*de NZa*] ook aangeven dat een AIOS/ANIOS slechts één polikliniekbezoek mag registreren, indien deze op de SEH-afdeling een consult levert aan een patiënt voor meerdere zorgvragen. Indien een AIOS/ANIOS overlegt met andere specialismen over de verschillende zorgvragen van de patiënt om te komen tot een juiste inzet van diagnostiek en behandeling, dan is het niet toegestaan om meerdere polikliniekbezoeken te registreren. Er is namelijk maar één consult geleverd door één beroepsbeoefenaar.

Bron: email NZa aan FMS, dd. 03-02-2016.

G27. Wat is bepalend voor de DBC-zorgproducten en zorgactiviteiten in een overgang van het ene naar het andere kalenderjaar?

Overgangsbepaling

De regeling medisch-specialistische zorg, met kenmerk NR/REG-2103a, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold, tenzij in de voorliggende regeling (NR/REG-2207a) anders is bepaald.

Dit betekent dat voor overlopende dbc-zorgproducten (dbc's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het dbc-zorgproduct geldende regeling van toepassing is en dat voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) de regels leidend zijn die op de uitvoerdatum geldig zijn, tenzij in de voorliggende regeling (NR/REG-2207a) anders is bepaald.

Bron: NR/REG-2207a, art. 41.

Geldigheid: vanaf 1-1-2021.

Toelichting:

Een zorgactiviteit kan geregistreerd worden als deze geldig is op de datum van **uitvoering**. Voor de afleiding van een zorgproduct is echter de **openingsdatum** van een **subtraject** bepalend.

Voor overloopsituaties is een vertaaltabel ingebouwd in de grouper, die een vertaling bevat van nieuwe zorgactiviteitcodes naar zorgactiviteitcodes die geldig waren in een vorige productstructuur. Op deze manier kan toch afgeleid worden naar een declarabel zorgproduct.

Een nadere uitleg betreffende overloopsituaties bij wijziging van de aanspraak vindt u onder vraag A9.
Welke regel geldt als een kleurcodering wijzigt?

G28. Wanneer wordt een klinische opname geregistreerd?*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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24 lid 28.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een overplaatsing naar een ander ziekenhuis kan een nieuwe opname zijn, maar dat hoeft niet, indien niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor klinische opname.

G29. Hoe worden overige zorgproducten (OZP) geregistreerd?*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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 25.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

G30. Wanneer mag een klinisch intercollegiaal consult geregistreerd worden?

Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.

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

*Bron: NR/REG-2207a, art. 7, lid 1 en 2.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 zonder inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Verduidelijking dat onder ic-dagen ook de NICU en PICU worden bedoeld.

Wanneer een specialisme dat de patiënt al onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan opent het eerstgenoemde specialisme een icc-zorg/subtraject naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling. De diagnose-combinatietabel is niet van toepassing op icc-zorg/subtrajecten.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 7, lid 4.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Bij een dagverpleging en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) wordt geen ICC-zorg/subtraject geopend.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 7, lid 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een ICC kan geregistreerd worden voor een patiënt die klinisch is opgenomen in de thuissituatie.

Het betreft een of meer consulten bij een klinisch opgenomen patiënt op verzoek van een medisch specialist van een ander specialisme zonder dat er sprake is van overname van de behandeling of van medebehandeling.

Bij een intercollegiaal consult kan dus wel sprake zijn van meerdere contacten, mits er geen sprake is van een medebehandeling.

Per specialisme mag per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject voor een intercollegiaal consult geregistreerd worden. Dit ICC zorg/subtraject kan dan wel uit meerdere contacten bestaan. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC-zorg/subtraject openen.

Indien het intercollegiaal consult uit meerdere contacten bestaat, worden deze als één intercollegiaal consult zorg/subtraject geregistreerd.

Indien er sprake is van een (mede)behandeling tijdens een klinische opname moet het intercollegiaal consult worden omgezet in een **regulier subtraject**.

LET OP:

Bij een dagverpleging (190030 en 190090) en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) mag géén ICC zorg/subtraject worden geopend.

LET OP:

Per 2022 is de verplichting van een face-to-face contact verwijderd uit de zorgactiviteitsomschrijving van een ICC. Dat houdt in dat dit consult ook op afstand plaats kan vinden.

G31. Wanneer moet een intercollegiaal consult omgezet worden naar medebehandeling?

Wanneer na een icc de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling, wordt geen (icc) zorg/subtraject geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de icc-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.

Bron: NR/REG-2207a, art.7, lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Een zorgtraject met subtraject zorgtype 13 ICC (intercollegiaal consult) wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, geopend bij een intercollegiaal consult voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Voor zorgtype 13 geldt dat de zorg die geleverd wordt voor een intercollegiaal consult zich beperkt tot de klinische periode van een patiënt. Het zorg-/subtraject met zorgtype 13 wordt gesloten bij ontslag, of uiterlijk op de 120e dag. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolghandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject.

Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Een zorgtraject met subtraject ZT13 (Intercollegiaal consult/ICC) wordt geopend wanneer een poortspecialist een kortdurend diagnostisch of screenend patiëntencontact uitvoert op verzoek van een ander specialisme tijdens een klinische opname.

Voor een ICC-zorg/subtraject geldt het volgende:

- a. een ICC mag alleen worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of IC-behandeldagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd;
- b. bij een dagverpleging en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) mag geen ICC-zorg/subtraject worden geopend;
- c. een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC-zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC- zorg/subtraject openen;
- d. wanneer naar aanleiding van een intercollegiaal consult de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), dan wordt geen apart ICC-zorg/subtraject geopend maar wordt het zorgtype 13 omgezet naar zorgtype 11. Eventueel wordt de diagnosecode aangepast naar de diagnosecode die hoort bij de te (mede)behandelen zorgvraag. Direct aansluitend aan een ICC-zorg/subtraject mag dus geen zorgtraject met subtraject met ZT11 geopend worden;
- e. wanneer een specialisme dat de patiënt al in behandeling heeft een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC-zorg/subtraject openen naast het al lopende zorgtraject. Op deze wijze wordt de extra inzet die geleverd wordt tijdens de klinische periode van een bekende patiënt (opgenomen voor een ander specialisme) vergoed. Als in het hierboven genoemde geval het intercollegiale consult overgaat in medebehandeling, mag nog steeds een ICC-zorg/subtraject geopend worden, maar de eventuele zorgactiviteiten die voortkomen uit de medebehandeling vallen onder het al lopende zorgtraject.

*Bron: Registratieregels Algemene Toelichting, Versie 20141113.
Geldigheid: tot op heden.*

Toelichting:

Dit betekent dat:

- Als een ICC (eventueel met meerdere contacten) overgaat in overname van de behandeling of een medebehandeling wordt de ICC omgezet in een regulier zorgtraject type 11. Dit is dan een regulier zorgtraject met type 11 en kan doorlopen tot na de opname.
- Als een reeds lopende behandeling (voorafgaande aan de opname) tijdens de opname van een ander specialisme verdere contacten nodig maakt (zonder ICC aanvraag) worden die geteld als medebehandeling (code 190017 is anders dan voor policontract 190007, 190008, 190013, 190060 en 190063).
- Als tijdens een reeds lopende behandeling (voorafgaande aan de opname) een ICC wordt gevraagd voor een **andere** of de **reeds lopende** zorgvraag, mag men een ICC openen (daaraan zit nu **geen diagnose** gekoppeld).
- Als tijdens een reeds lopende behandeling (voorafgaande aan de opname) een ICC wordt gevraagd voor een **reeds lopende** zorgvraag, die vervolgens over gaat in medebehandeling, worden de

zorgactiviteiten die betrekking hebben op die medebehandeling onder gebracht in de lopende DBC. De ICC blijft intact.

- Als tijdens een reeds lopende behandeling (voorafgaande aan de opname) een ICC wordt gevraagd voor een **andere** zorgvraag, die vervolgens over gaat in medebehandeling, wordt een (parallel) zorgtraject type 11 geopend mits die 2^e diagnose niet voorkomt in combinatie met de 1^e op de DCT lijst. Anders zal men die medebehandeling moeten onder brengen in de lopende DBC.

LET OP:

Per 2022 is de verplichting van een face-to-face contact verwijderd uit de zorgactiviteitomschrijving van ICC en van medebehandeling. Dat houdt in dat een ICC-consult of een medebehandeling ook op afstand plaats kunnen vinden.

G32. Wat zijn de registratievereisten voor een klinische zorgdag in de thuissituatie?

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 beiden aangemerkt 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 26, lid 5.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 34a, lid 13.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Het is door toegenomen technische mogelijkheden steeds vaker mogelijk om medisch-specialistische zorg op een andere locatie te leveren dan in het ziekenhuis. Voor de ambulante patiënt kan zorg in de thuissituatie worden geregistreerd en bekostigd met kenmerkende bestaande zorgactiviteiten. Echter voor bekostiging van klinische patiënten in de thuissituatie bestonden er wel knelpunten. Hoewel een deel van de klinische zorg in de thuissituatie geregistreerd en gedeclareerd kan worden met bestaande prestaties, geldt dit nog niet voor alle zorg die door het ziekenhuis wordt geleverd. Voor de kosten van

apparatuur en infrastructuur, aanvullende coördinatie (24/7) door de medisch specialist en generieke geneesmiddelen zijn voor klinische zorg in de thuissituatie geen zorgactiviteiten/prestaties beschikbaar. Dit geldt ook voor de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen door het ziekenhuis. Deze kosten zijn in het ziekenhuis onderdeel van de zorgactiviteit Verpleegdag (190218). In de thuissituatie is het echter niet mogelijk om zorgactiviteit 190218 te registreren. Deze prestatie is als zodanig ook niet passend voor klinische zorg in de thuissituatie, omdat het om andere kosten en een andere inhoud gaat.

Om declaratie van klinische zorg in de thuissituatie mogelijk te maken is een nieuwe zorgactiviteit geïntroduceerd, de klinische zorgdag in de thuissituatie (190228). Voor deze zorgactiviteit is een nieuwe zorgprofielklasse geïntroduceerd, namelijk ZPK 79 Overige klinische dagen.

De zorgactiviteit Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis (190228) krijgt de status van overig zorgproduct (ozp) in de categorie supplementaire producten, subcategorie add-on overig (tarieftype 14) waarmee deze naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden.

Bron: Wijzigingen DBC-release RZ20a, v20190425.

Geldigheid: vanaf 1-1-2020.

H. PARALLELLITEIT

H1. Wat is een parallel zorgtraject?

Parallelliteit gaat over het registreren van meerdere zorgtrajecten binnen één specialisme waarbij sprake is van overlap in looptijd. Soms zijn bij zorg voor een patiënt meerdere specialismen betrokken.

*Bron: Handleiding DBC-systematiek, v20210923.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Parallel betekent dat twee of meer DBC-zorgtrajecten elkaar minimaal 1 kalenderdag overlappen. Parallele zorgtrajecten zijn twee of meer zorgtrajecten die voor een patiënt gelijktijdig openstaan. Een patiënt kan zich presenteren met meerdere, verschillende zorgvragen of er kan zich tijdens een lopend zorgtraject een nieuwe/andere zorgvraag voordoen.

Let op:

Er zijn twee situaties ten aanzien van parallelliteit mogelijk: parallelliteit binnen één specialisme en parallelliteit over specialismen heen. Het onderscheid tussen deze twee vormen van parallelliteit is van belang, aangezien er aanvullende voorwaarden zijn beschreven voor parallele zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme.

H2. Wanneer mag een parallel zorgtraject worden geopend?

Openen parallel zorgtraject (met subtraject ZT11 of ZT21)

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 specialisme binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
2. (...)
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 en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

4. Parallele 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 zijden een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 van het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1, 3 en 4.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Van belang is dat er voldaan moet worden aan de voorwaarden voor het openen van een nieuw te openen zorgtraject én aan de voorwaarden omtrent paralleliteit zoals beschreven in artikel 5.

Om een parallel zorgtraject te mogen openen, dient voldaan te worden aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals omschreven in de WGBO.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Voor parallelle zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme geldt als aanvullende voorwaarde:

- Er moet sprake zijn van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag.

De beroepsbeoefenaar maakt zelf de afweging of het openen van een parallelle DBC gerechtvaardigd is. De term 'behandeling' is verwijderd uit de regelgeving. Hiervoor in de plaats is de term 'beleid' gekomen, waaronder ook conservatief beleid valt.

In de toelichting bij artikel 5 staat het volgende:

Een (tweede) declaratie is alleen gerechtvaardigd als daadwerkelijk sprake is van een eigen zorgvraag en een voldoende afzonderlijk zorgtraject. Of er sprake is van een afzonderlijk zorgtraject, blijkt uit de voorwaarden zoals opgenomen in de leden van artikel 5. Het is aan de medisch specialist om te bepalen of er sprake is van een eigen zorgvraag.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

In artikel 5 lid 4 zijn de voorwaarden voor het openen van een parallel zorgtraject binnen eenzelfde specialisme opgenomen. Doordat er binnen eenzelfde specialisme minder vaak/duidelijk sprake is van een voldoende afzonderlijk zorgtraject en een eigen zorgprofiel, worden er extra voorwaarden gesteld voor het openen van een tweede zorgtraject binnen een specialisme. Deze voorwaarden zijn benoemd in artikel 5, lid 4, sub d t/m l.

Aanvragen verrichting ten behoeve van diagnostiek

Wanneer het tweede specialisme enkel een verrichting uitvoert ten behoeve van de diagnostiek van het aanvragende specialisme én de anamnese van dit tweede specialisme enkel tot doel heeft de verrichting op een goede manier uit te voeren, is **geen** sprake van een tweede zorgtraject.

Vragen:

- Voert mijn specialisme alleen een diagnostische verrichting uit voor een ander specialisme?
- Is mijn anamnese alleen voor die betreffende verrichting?

Indien bovenstaande vragen met 'ja' worden beantwoord, dan opent de specialist **géén** eigen DBC.

Gecombineerde diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid

Wanneer er meerdere specialismen die de poortfunctie uitoefenen een anamnese afnemen (zelfstandig of gecombineerd), er bij deze specialismen sprake is van eigen diagnostiek én deze specialismen onderdeel uitmaken van de besluitvorming over het te voeren beleid, parallel dan wel serieel op basis van een doorverwijzing, openen deze specialismen een eigen zorgtraject.

Vragen:

- Neem ik zelf een anamnese af (zelfstandig of gecombineerd met een ander specialisme)?
- Is er voor mijn specialisme sprake van eigen diagnostiek?
- Maakt mijn specialisme onderdeel uit van de besluitvorming over het te voeren beleid (parallel dan wel serieel op basis van een doorverwijzing)?

Indien bovenstaande vragen met 'ja' worden beantwoord, dan opent de specialist een eigen DBC.

Ondersteunende specialismen kunnen in bovenstaand geval géén eigen DBC openen. Uitzondering hierop zijn de interventieradioloog, de anesthesioloog als pijnbestrijder en de klinisch geneticus die, zonder betrokkenheid van een poortspecialist, zelfstand een zorgvraag beantwoorden met medisch beleid.

Deelnemen aan beleid

Wanneer meerdere specialismen onderdeel uitmaken van het te voeren beleid behorende bij een zorgvraag opent elk specialisme een eigen DBC, tenzij er sprake is van een ondersteunend specialisme.

Vraag:

- Maak ik met mijn poortspecialisme onderdeel uit van het 'uit te voeren beleid'?

Indien bovenstaande vraag met 'ja' wordt beantwoord, dan opent de specialist een eigen DBC.

Bovenstaande geldt **niet** voor ondersteunende specialismen die een rol hebben bij een multidisciplinaire behandeling.

(Bron: Registratiekaart 'Openen van een DBC')

Onderstaand enkele voorbeelden van wel/niet toegestane parallelle zorgtrajecten:

Voorbeeld 1

Op de SEH presenteert zich een patiënt met een hoofdwond. De wond wordt gehecht door een arts-assistent die werkzaam is voor meerdere specialismen. Een DBC chirurgie wordt geopend. Vervolgens belt de arts-assistent voor de zekerheid de neuroloog, omdat op basis van de anamnese hersenletsel

niet uit te sluiten is. De neuroloog adviseert een MRI. De MRI wordt aangevraagd voor het specialisme neurologie. Uitslag: geen afwijkingen. Beleid van de neuroloog is afwachtend.

Mag er een tweede DBC geopend worden voor de neuroloog?

Nee, er mag geen DBC worden geopend voor de neurologie. Net als een SEH-arts mag een arts-assistent niet bij een en dezelfde patiënt twee 'specialisme-petten' opdoen. Indien een arts-assistent voor meerdere specialismen werkt kiest hij/zij één specialisme die het beste past.

Voorbeeld 2

Diagnostiek (duplex o.a.) voorafgaand aan een multidisciplinair consult met chirurg en dermatoloog wordt diagnostiek (o.a. duplex) aangevraagd en uitgevoerd. In dit consult wordt de anamnese afgenomen. Er wordt gezamenlijk door de chirurg en dermatoloog een interpretatie gemaakt van de diagnostiek en een diagnose gesteld. Mogelijke uitkomsten: A) Expectatief beleid, B) Dermatologische behandeling, C) Chirurgische interventie.

Mogen de chirurg en de dermatoloog beiden een DBC openen?

Ja, beiden registreren een DBC, immers geldt dat er (minimaal) sprake is van 'gecombineerde diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid'.

H3. Wanneer mag er geen parallel zorgtraject worden geopend?

Parallele zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme

Er wordt geen parallel zorgtraject geopend:

- Wanneer de combinatie van beide diagnoses voorkomt in de diagnose-combinatietabel.
- Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering voorkomen binnen de looptijd van een bestaand traject.
- Binnen het specialisme cardiologie, behalve bij icc, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.
- Binnen het specialisme klinische geriatrie, behalve bij icc of klinische medebehandeling.
- Bij neonatologie binnen het specialisme kindergeneeskunde.
- Binnen het specialisme geriatrische 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 4, sub c.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Een (tweede) declaratie is alleen gerechtvaardigd als daadwerkelijk sprake is van een eigen zorgvraag en een voldoende afzonderlijk zorgtraject. Of er sprake is van een afzonderlijk zorgtraject, blijkt uit de voorwaarden zoals opgenomen in de leden van artikel 5. Het is aan de medisch specialist om te bepalen of er sprake is van een eigen zorgvraag.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Let op:

Het gaat hierbij om parallelle zorgtrajecten *binnen* eenzelfde specialisme.

H4. Wanneer mag een parallel zorgtraject bij dubbelzijdige aandoeningen worden geopend?

Parallele zorgtrajecten binnen eenzelfde specialisme

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 zijden 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-combinatietabel.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 4, sub b.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Algemene registratiebepalingen

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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 23, lid 7.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Met het lid in artikel 23 wordt door de NZa een verduidelijking gegeven hoe er geregistreerd moet worden in het geval er twee parallelle zorgtrajecten geregistreerd zijn bij dubbelzijdige aandoeningen.

Voor paralleliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:

- Beide zijden conservatieve behandeling: één zorgtraject.
- Eén zijde conservatieve en één zijde operatieve behandeling: één zorgtraject.
- Beide zijden operatief en met identieke diagnoses in de Diagnose Combinatie Tabel: één zorgtraject.
- Beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de Diagnose Combinatie Tabel: twee zorgtrajecten.

Wanneer een dubbelzijdige aandoening aan beide zijden binnen 42 dagen na elkaar operatief wordt behandeld, worden twee zorgtrajecten geopend.

Als de operatieve ingrepen langer dan 42 dagen na elkaar plaatsvinden, worden voor de dubbelzijdige behandelingen seriële subtrajecten geopend binnen één zorgtraject. Dit ter voorkoming van het parallel lopen van conservatieve zorgtrajecten.

Bij dubbelzijdige operatieve ingrepen in één sessie bij aandoeningen waarvoor dubbelzijdige DBC-zorgproducten bestaan, wordt één zorgtraject geopend.

Bij dubbelzijdige operatieve ingrepen in één sessie bij aandoeningen waarvoor geen dubbelzijdige DBC-zorgproducten bestaan (en geen identieke diagnoses in de Diagnose Combinatie Tabel) worden twee zorgtrajecten geopend.

LET OP:

Ook in het geval van parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt dat **tijdens één klinische periode** de verpleegdagen maar aan één subtraject kunnen worden gekoppeld; het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan.

LET OP:

De Diagnose Combinatie Tabel kan per jaar wijzigen.

LET OP:

Indien er een **complicatie/heroperatie optreedt binnen 42 dagen na de eerste operatie** dan schuift de afsluitdatum van dat zorgtraject ook op.

H5. Wanneer mag een ander poortspecialisme een zorgtraject openen?

Openen parallel zorgtraject (met subtraject ZT11 of ZT21)

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 specialisme binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
2. (...)
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 en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Bron: NR/REG-2207a, art. 5, lid 1, 3 en 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Een (tweede) declaratie is alleen gerechtvaardigd als daadwerkelijk sprake is van een eigen zorgvraag en een voldoende afzonderlijk zorgtraject. Of er sprake is van een afzonderlijk zorgtraject, blijkt uit de voorwaarden zoals opgenomen in de leden van artikel 5. Het is aan de medisch specialist om te bepalen of er sprake is van een eigen zorgvraag.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een ander poortspecialisme mag een zorgtraject openen, indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals omschreven in de WGBO.
- De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

De medisch specialist maakt zelf de afweging of het openen van een DBC-zorgtraject gerechtvaardigd is.

H6. Is het toegestaan om meerdere (parallele) zorgtrajecten te openen als een patiënt onder behandeling is van een poortspecialisme en aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd door een ander poortspecialisme?

Toelichting:

Wanneer het tweede specialisme enkel een verrichting uitvoert ten behoeve van de diagnostiek van het aanvragende specialisme, het specialisme waarbij de patiënt onder behandeling is, én de anamnese van dit tweede specialisme enkel tot doel heeft de verrichting op een goede manier uit te voeren, is het **niet** toegestaan een tweede zorgtraject te openen.

In bovenstaand geval gaat het om enkel het aanvragen van een verrichting aan een tweede specialisme ten behoeve van de diagnostiek van het specialisme waar patiënt onder behandeling is. Er is géén sprake van een tweede zorgvraag en er is geen sprake van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van die zorgvraag.

H7. Is het toegestaan om meerdere (parallele) zorgtrajecten te openen als meerdere specialismen gecombineerd diagnostiek en besluitvorming over het te voeren beleid uitvoeren?

Toelichting:

Wanneer er meerdere specialismen die de poortfunctie uitoefenen een anamnese afnemen (zelfstandig of gecombineerd), er bij deze specialismen sprake is van eigen diagnostiek én deze specialismen onderdeel uitmaken van de besluitvorming over het te voeren beleid, parallel dan wel serieel op basis van een doorverwijzing, openen deze specialismen een eigen zorgtraject.

Vragen:

- Neem ik zelf een anamnese af (zelfstandig of gecombineerd met een ander specialisme)?
- Is er voor mijn specialisme sprake van eigen diagnostiek?
- Maakt mijn specialisme onderdeel uit van de besluitvorming over het te voeren beleid (parallel dan wel serieel op basis van een doorverwijzing)?

Indien bovenstaande vragen met 'ja' worden beantwoord, dan opent de specialist een eigen DBC.

Ondersteunende specialismen kunnen in bovenstaand geval géén eigen DBC openen. Uitzondering hierop zijn de interventieradioloog, de anesthesioloog als pijnbestrijder en de klinisch geneticus die, zonder betrokkenheid van een poortspecialist, zelfstand een zorgvraag beantwoorden met medisch beleid.

H8. Is het toegestaan om meerdere (parallele) zorgtrajecten te openen als meerdere specialismen deelnemen aan het te voeren beleid?

Toelichting:

Wanneer meerdere specialismen onderdeel uitmaken van het te voeren beleid behorende bij een zorgvraag opent elk specialisme een eigen DBC, tenzij er sprake is van een ondersteunend specialisme.

Vraag:

- Maak ik met mijn poortspecialisme onderdeel uit van het 'uit te voeren beleid'?

Indien bovenstaande vraag met 'ja' wordt beantwoord, dan opent de specialist een eigen DBC.

Bovenstaande geldt **niet** voor ondersteunende specialismen die een rol hebben bij een multidisciplinaire behandeling.

I. EHEALTH

11. Wat wordt verstaan onder een belconsult?

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 KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-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 herhaalpolikliniekbezoek. Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Een belconsult kan zowel een eerste polikliniekbezoek als ook een herhaal-polikliniekbezoek vervangen.

12. Wanneer mag een belconsult geregistreerd worden?

Toelichting:

De NZa omschrijft de zorgactiviteiten vorm- en locatie-onafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat.

Een belconsult kan een eerste polikliniekbezoek en een herhaalpolikliniekbezoek vervangen. De voorwaarden waaraan voldaan moet worden om een belconsult als vervanging van een eerste polikliniekbezoek of herhaal-polikliniekbezoek te registreren, zijn de volgende:

- Een consult waarbij een patiënt voor een **zorgvraag** een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert **middels een belverbinding**.

én

- Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek.

én

- Dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek.

én

- Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Een initieel subtraject kan dus starten met een belconsult.

LET OP:

Dat betekent de volgende voorbeelden (niet limitatief) NIET als belconsult mogen worden geregistreerd:

- Belcontact om een afspraak te verzetten;
- Belcontact voor een herhaalrecept waarvoor anders geen polibezoek noodzakelijk zou zijn.

13. Wat wordt verstaan onder een schriftelijke consultatie?

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190163)

Een consultatie waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaalpolikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaalpolikliniekbezoek. 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 de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 6.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een schriftelijke consultatie kan zowel een eerste polikliniekbezoek als ook een herhaalpolikliniekbezoek vervangen.

14. Wanneer mag een schriftelijke consultatie geregistreerd worden?

Toelichting:

De NZa omschrijft de zorgactiviteiten vorm- en locatie-onafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat.

Een schriftelijke consultatie kan een eerste polikliniekbezoek en een herhaalpolikliniekbezoek vervangen. De voorwaarden waaraan voldaan moet worden om een schriftelijke consultatie als vervanging van een eerste polikliniekbezoek of herhaal-polikliniekbezoek te registreren, zijn de volgende:

- Een consultatie waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant schriftelijk consulteert (bv. e-mail of chat).

én

- Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek.

én

- dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek.

én

- Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

LET OP:

Een consultatie kan uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen bestaan, maar deze mag per polikliniekbezoek dat het vervangt slechts éénmaal worden vastgelegd.

Een initieel subtraject kan dus starten met een schriftelijke consultatie.

LET OP:

Dat betekent de volgende voorbeelden (niet limitatief) NIET als schriftelijke consultatie mogen worden geregistreerd:

- e-mail of chat om een afspraak te verzetten;
- e-mail of chat voor een herhaalrecept waarvoor anders geen polibezoek noodzakelijk zou zijn.

15. Wat wordt verstaan onder een screen-to-screen consult?

Screen to screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek (190165) en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190166)

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

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een screen-to-screen consult kan zowel een eerste polikliniekbezoek als ook een herhaal-polikliniekbezoek vervangen.

16. Wanneer mag een screen-to-screen consult geregistreerd worden?**Toelichting:**

Er is een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om een screen-to-screen consult te mogen registreren. Het moet gaan om:

- Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een videoverbinding.

én

- Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek.

én

- Dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek.

én

- Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Een initieel subtraject kan dus starten met een screen-to-screen consult.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag 19. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een belconsult?, vraag 110. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een schriftelijke consultatie? en vraag 111. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een screen-to-screen consult?

LET OP:

Dit betekent de volgende voorbeelden (niet limitatief) NIET als screen-to-screen consult mogen worden geregistreerd:

- Screen-to-screen consult om een afspraak te verzetten;
- screen-to-screen consult voor een herhaalrecept waarvoor anders geen polibezoek noodzakelijk zou zijn.

17. Kan een e-consult buiten de instelling plaatsvinden?

De voorwaarden voor een e-consult zijn in het algemeen:

...//... 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 4, 5 en 6.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Onder e-consult wordt verstaan een consult op afstand met behulp van moderne technologie. Soorten e-consulten zijn belconsulten, screen-to-screen consulten en de schriftelijke consultatie.

Uit de regelgeving valt op te maken dat een e-consult dient ter vervanging van en moet voldoen aan de voorwaarden die gelden voor een regulier polibezoek.

De NZa heeft in de regelgeving opgenomen dat zorgactiviteiten vorm- en locatieonafhankelijk zijn, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat. Als een e-consult (een consult op afstand) voldoet aan de voorwaarden die daarover zijn opgenomen in de regelgeving, dan kan een e-consult ook buiten de instelling plaatsvinden.

De NZa heeft aangegeven dat e-consulten ook door de arts vanuit de thuissituatie gedaan mogen worden. Immers in de omschrijving van de e-consulten is niets vermeld over de setting. Daarmee geeft de NZa aan dat het niet uitmaakt vanaf welke locatie het consult op afstand wordt verleend. Wel moet de zorgaanbieder kunnen verantwoorden dat er inhoudelijk voldaan is aan de volledige omschrijving van de geleverde zorgactiviteit.

De Federatie Medisch Specialisten heeft als uitgangspunt dat een e-consult gelijkwaardig dient te zijn aan een regulier consult op de polikliniek. Het is aan de medisch specialist (of beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren) om te bepalen of een consult op afstand, gegeven vanuit de thuissituatie of een locatie anders dan het ziekenhuis of de instelling, voldoet aan de medisch inhoudelijke randvoorwaarden en de voorwaarden die van toepassing zijn op de betreffende zorgactiviteit.

18. Kan een polikliniekbezoek buiten de instelling plaatsvinden?

Toelichting:

De NZa omschrijft zorgactiviteiten vorm- en locatie-onafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat.

Een polikliniekbezoek mag geregistreerd worden, mits aan de voorwaarden wordt voldaan zoals die zijn opgenomen in de zorgactiviteitsomschrijving.

Een polikliniekbezoek mag geregistreerd worden als deze in de thuissituatie plaatsvindt, mits de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de betreffende locatie overeenstemming hebben gevonden. Daarnaast moet de thuissituatie van de patiënt een locatie zijn buiten een instelling voor medisch specialistische zorg.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag F4. Wat is de definitie van een polikliniekbezoek?, vraag F6. Wanneer mag een eerste polikliniekbezoek geregistreerd worden? en vraag F10. Wanneer mag een polikliniekbezoek (niet zijnde 'eerste') geregistreerd worden?

19. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een belconsult?

Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog 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 het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 5.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een DBC-zorgtraject met initieel subtraject kan beginnen met een belconsult. Dit belconsult is dan ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek.

De voorwaarden voor een belconsult zijn:

- De patiënt consulteert voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog middels een belverbinding.
- Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek.
- Om die redenen dient dit consult zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek;
- Er dient inhoudelijke verslaglegging plaats te vinden in het medisch dossier van de patiënt.

I10. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een schriftelijke consultatie?

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190163)

Een consultatie waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog 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 de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 6.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een DBC-zorgtraject met initieel subtraject kan beginnen met een schriftelijke consultatie. Deze schriftelijke consultatie is dan ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek.

De voorwaarden voor een schriftelijke consultatie zijn:

- De patiënt consulteert voor een zorgvraag schriftelijk (bijvoorbeeld e-mail of chat) een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog.
- Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek;
- Om die redenen dient dit consult zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek;
- Er dient inhoudelijke verslaglegging plaats te vinden in het medisch dossier van de patiënt.

I11. Kan een DBC-zorgtraject beginnen met een screen-to-screen consult?

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 KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een DBC-zorgtraject met initieel subtraject kan beginnen met een screen-to-screen consult. Dit screen-to-screen consult is dan ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek.

De voorwaarden voor een screen-to-screen consult zijn:

- De patiënt consulteert voor een zorgvraag schriftelijk (bijvoorbeeld e-mail of chat) een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog.
- Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek;
- Om die redenen dient dit consult zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek;
- Er dient inhoudelijke verslaglegging plaats te vinden in het medisch dossier van de patiënt.

112. Welke zorgactiviteiten kunnen op afstand plaatsvinden?

Toelichting:

In de NZa regelgeving is opgenomen dat zorgactiviteiten vorm- en locatieafhankelijk zijn, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat. Een zorgactiviteit mag geregistreerd worden als deze op afstand wordt uitgevoerd, mits in de zorgactiviteitomschrijving géén voorwaarde voor een face-to-face contact is opgenomen.

In de Nadere Regel zijn de volgende zorgactiviteiten omschreven zonder dat er een verplichting voor een face-to-face contact is opgenomen:

- Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)
- Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165)
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166)
- Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164)
- Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)
- Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167)
- Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163)
- Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)

- Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn (190040)
- Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066)
- Multidisciplinair overleg (190005)
- Overleg palliatieve zorg (190006)
- Consult door een lid van het team palliatieve zorg (190067)
- Multidisciplinair consult (190010)
- Klinisch intercollegiaal consult (190009)
- Medebehandeling (190017)
- Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (190022)

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Per 2022 is de verplichting van een face-to-face contact verwijderd uit de definities van klinisch intercollegiaal consult en medebehandeling.

113. Welke zorgactiviteiten mogen niet op afstand plaatsvinden?

Toelichting:

In de NZa regelgeving is opgenomen dat zorgactiviteiten vorm- en locatieafhankelijk zijn, tenzij in de regeling of zorgactiviteitomschrijving anders vermeld staat.

In de Nadere Regel zijn bij de volgende zorgactiviteiten een verplichting voor een face-to-face contact opgenomen:

- Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060)
- Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (190015)
- Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (190016)

114. Wat wordt verstaan onder telemonitoring?

Telemonitoring (039133, 032716)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt over een langere periode in het kader van een uit te voeren behandelplan. De monitoring vindt plaats door het verzamelen en interpreteren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstrekt aan de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal een keer per subtraject geregistreerd.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 24, lid 69.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

De omschrijving maakt het mogelijk dat naast de zorgactiviteit telemonitoring ook interventies geregistreerd kunnen worden. Dit kunnen bijvoorbeeld herhaalpolikliniekbezoeken betreffen.

115. Wat zijn de uitgangspunten in de regelgeving voor het registreren van zorgactiviteiten op afstand?

Toelichting:

De NZa hanteert als algemeen uitgangspunt dat een zorgactiviteit geregistreerd mag worden indien de handeling is uitgevoerd zoals omschreven in de zorgactiviteitsomschrijving. Daarnaast moet er voldaan worden aan eventuele aanvullende bepalingen in de Regeling.

Een zorgactiviteit mag dus ook geregistreerd worden indien zorg op afstand geleverd wordt of op een andere locatie dan in het ziekenhuis, mits voldaan wordt aan alle voorwaarden.

Een zorgactiviteit mag geregistreerd worden als deze op afstand wordt uitgevoerd, mits in de Regeling of zorgactiviteitsomschrijving geen face-to-face contact vereist wordt.

Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit te registreren indien de zorg niet op afstand geleverd kan worden.

Het is aan de zorgprofessional, in overleg met de patiënt, om in te schatten waar/hoe de zorg geleverd kan worden (digitaal, bij de patiënt thuis e.d.). Hierbij is het wel belangrijk dat de keuzevrijheid van een patiënt tussen face-to-face of digitale zorg gewaarborgd blijft.

(Bron: Memo Technisch Overleg msz, dd. 11-08-2020)

J. FACULTATIEVE PRESTATIES

J1. Wat wordt verstaan onder de facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?

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.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid p.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg vormen een aparte hoofdcategorie binnen het cluster overige zorgproducten. Deze hoofdcategorie valt uiteen in twee subcategorieën: a) de add-on facultatieve prestatie en b) de losse facultatieve prestatie.

Facultatieve prestaties die behoren tot subcategorie a maken deel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct, maar worden separaat gedeclareerd. Bij add-on facultatieve prestaties is dus altijd sprake van een relatie met het zorgtraject, resp. dbc-zorgproduct. Een add-on facultatieve prestatie mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'eerder dan declaratie van het dbc-zorgproduct' in rekening worden gebracht.

Facultatieve prestaties die behoren tot subcategorie b worden eveneens los gedeclareerd, maar maken géén onderdeel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct.

Qua inhoud kunnen facultatieve prestaties msz, ongeacht tot welke subcategorie zij behoren, betrekking hebben op alle zorg die onder de reikwijdte van deze beleidsregel valt, met uitzondering van de supplementaire producten 'add-ongeneesmiddelen' en 'ozp-stollingsfactoren'. De inhoud van de facultatieve prestatie wordt in eerste instantie bepaald door de partijen die hiertoe een aanvraag bij de NZa indienen. De procedure en voorwaarden die gelden bij het indienen van een aanvraag voor een facultatieve prestatie msz zijn vastgelegd in artikel 12 van deze beleidsregel.

Bron: BR/REG-22114a, art. 7, lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Vanaf 2022 is een onderscheid gemaakt tussen twee categorieën van de facultatieve prestatie: de add-on en de losse facultatieve prestatie.

Toelichting:

De facultatieve prestatie kent een vrij tarief en er is een contractvereiste van toepassing. Dat houdt in dat de prestatie uitsluitend in rekening gebracht kan worden door zorgaanbieders die over deze prestatie een schriftelijke overeenkomst hebben gesloten met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt.

Een facultatieve prestatie kent twee subcategorieën: als add-on of als losse prestatie.

Een add-on facultatieve prestatie wordt separaat gedeclareerd, maar maakt wel deel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct. Een losse facultatieve prestatie wordt ook separaat gedeclareerd, maar maakt geen deel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct.

Een facultatieve prestatie kan alleen gezamenlijk door ten minste één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar worden aangevraagd. De NZa beoordeelt de aanvraag en na goedkeuring wordt deze opgenomen in de regelgeving.

J2. Hoe verloopt de aanvraagprocedure voor een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?

Aanvraagprocedure facultatieve prestatie msz

1. Een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg (msz) kan worden aangevraagd via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar.
2. De aanvraag kan worden ingediend met gebruikmaking van het formulier 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie msz'. De NZa stelt dit formulier beschikbaar via haar website.
3. Het formulier wordt volledig ingevuld en ondertekend. Wanneer een formulier niet volledig is ingevuld, of andere indieningsgebreken heeft, stelt de NZa de aanvragers in de gelegenheid om binnen een termijn van twee weken het gebrek in de aanvraag te herstellen. De NZa kan deze termijn ten hoogste twee keer verlengen met twee weken. Wanneer na het verstrijken van deze termijn het gebrek niet is hersteld, kan de NZa besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.
4. Na ontvangst van een volledige aanvraag neemt de NZa een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
5. Het besluit wordt digitaal (per e-mail) verzonden. Op verzoek van de aanvragers wordt het besluit ook schriftelijk (per post) verzonden. Het besluit wordt gepubliceerd op de website van de NZa en van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.
6. De facultatieve prestatie kan na vaststelling en inwerkingtreding worden gebruikt door alle zorgaanbieders die onder reikwijdte van de Regeling medisch-specialistische zorg vallen, mits zij voldoen aan het in deze regeling opgenomen contractvereiste in relatie tot de facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg.
7. Het besluit waarmee de facultatieve prestatie wordt vastgesteld, wordt door de NZa verwerkt in het eerst mogelijke msz-releasepakket volgend op de datum van inwerkingtreding van dat besluit. Op de datum waarop dit releasepakket in werking treedt, vervalt het in de vorige zin genoemde besluit.

Bron: BR/REG-22114a, art. 12.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

J3. Wat zijn de voorwaarden voor het indienen van een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?

1. Een aanvraag voor een facultatieve prestatie voldoet aan de volgende voorwaarden (of aan deze voorwaarden is voldaan, blijkt uit de beantwoording van de vragen in het 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie msz'):
 - De inhoud van de prestatie is duidelijk omschreven. In ieder geval blijkt uit de omschrijving waar de prestatie zorginhoudelijk betrekking op heeft.
 - Wanneer blijkt dat de zorg waarop de beoogde facultatieve prestatie betrekking heeft ook in rekening kan worden gebracht door middel van een reeds bestaande prestatie (dbc-zorgproduct of ozp), geven de indieners een nadere onderbouwing waarom een facultatieve prestatie desondanks noodzakelijk is en/of toegevoegde waarde heeft.
 - De aanvragers geven aan of de aanvraag betrekking heeft op een add-on facultatieve prestatie, of op een losse facultatieve prestatie als bedoeld in artikel 7, lid 3, van deze beleidsregel.
 - De aanvragers geven aan of de facultatieve prestatie behoort tot de te verzekeren prestaties waarop bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak bestaat, d.w.z. of de facultatieve prestatie betrekking heeft op verzekerde zorg. Indien sprake is van aanspraakbeperkingen, of wanneer de facultatieve prestatie in zijn geheel betrekking heeft op onverzekerde zorg, doen de aanvragers daarvan mededeling bij de aanvraag.
 - De aanvragers geven aan of er bestaande prestaties (dbc-zorgproducten of overige zorgproducten) zijn die niet in combinatie met de facultatieve prestatie in rekening kunnen worden gebracht en zo ja, welke prestaties dit zijn.
 - De aanvragers geven aan of zij verwachten dat door de komst van de facultatieve prestatie een landelijke verschuiving plaatsvindt van (gedeclareerde) dbc-zorgproducten naar (gedeclareerde) ozp's. Zo ja, dan geven de indieners ook aan of zij verwachten dat de daarmee gemoeide geldbedragen op macroniveau (landelijk) meer dan € 1 mln. op jaarbasis bedragen.
 - De aanvragers verklaren dat declaratie van de facultatieve prestatie herleidbaar is tot het niveau van de individuele verzekerde.

Bron: BR/REG-22114a, art. 12a, lid 1.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Wijziging:

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Vanaf 2022 is een onderscheid gemaakt tussen twee categorieën van de facultatieve prestatie: de add-on en de losse facultatieve prestatie.

J4. Wat zijn de declaratiebepalingen voor een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg?

Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten

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.

Een zorgverlener 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 bijlage van) deze regeling.

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).

Bron: NR/REG-2207a, art. 34, lid 1, 2 en 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Bijzondere bepalingen met betrekking tot vastgestelde facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg:

- a. Een instelling die de facultatieve prestatie pre-analyse activiteiten en service ten behoeve van klinisch-chemische en/of microbiologische laboratoriumonderzoeken voor diagnosestelling, preventie of monitoring (198500) declareert, mag voor de uitgevoerde diagnostiek niet de prestaties 079990 en/of 079991 declareren.
- b. Een instelling die de facultatieve prestatie integrale diagnostiek van obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) voor de eerste lijn (198501) declareert, mag voor de uitgevoerde diagnostiek niet de prestaties 039735, 039729 en 039734 declareren.
- c. Een instelling die de facultatieve prestatie röntgendiagnostiek rijdende röntgen, inclusief voorrijkosten (198502) declareert, mag voor de uitgevoerde diagnostiek niet de prestaties 080001 tot en met 089879 declareren. Per dag wordt per patiënt maximaal één keer 198502 geregistreerd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 34b, lid 13.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Zorgaanbieders die, na vaststelling door de NZa van de facultatieve prestatie, gebruik willen maken van deze facultatieve prestatie MSZ en die prestatie vervolgens in rekening willen brengen bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt, kunnen dit slechts doen wanneer zij van tevoren over die facultatieve prestatie MSZ een overeenkomst hebben gesloten met die zorgverzekeraar. Dit is het contractvereiste dat aan de declaratie van de facultatieve prestatie MSZ is verbonden.

J5. Welke facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg zijn tot op heden opgenomen in de regelgeving?

Facultatieve prestatie – pre-analyse activiteiten en service ten behoeve van klinisch-chemische en/of microbiologische laboratoriumonderzoeken voor diagnosestelling, preventie of monitoring (198500)

De prestatie omvat behalve het innemen of afnemen van patiëntmateriaal, alsmede (klaar maken voor) verzending en advisering van patiënt en registratie van gegevens ook alle andere activiteiten die voor de daadwerkelijke analyse op het laboratorium gebeuren of nodig zijn voor een juiste diagnosestelling.

Facultatieve prestatie – integrale diagnostiek van obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) voor de eerste lijn (198501)

De prestatie wordt gedeclareerd indien tenminste de volgende onderdelen zijn uitgevoerd: Klinische gegevens aangeleverd door de huisarts; Inventarisatie van klachten die gevolg kunnen zijn van OSAS en gedragingen die de slaap en/of OSAS beïnvloeden, beiden gerapporteerd door de patiënt; Uitvoering van polygrafisch onderzoek; (long-)specialistische beoordeling, diagnose en behandel- en verwijfsadvies naar aanleiding van de klinische gegevens en resultaten van het onderzoek; Digitale rapportage van diagnose en behandel- en verwijfsadvies aan de huisarts; Digitaal beschikbaar stellen van onderzoekdata en rapportage aan de specialist in geval van verwijzing.

Facultatieve prestatie – röntgendiagnostiek rijdende röntgen, inclusief voorrijkosten (198502)

De prestatie wordt gedeclareerd indien röntgendiagnostiek wordt uitgevoerd op locatie, in een bus met daarin de noodzakelijke apparatuur. Deze prestatie is inclusief voorrijkosten en beoordeling.

Bron: NR/REG-2207a, art. 27, lid 1, sub d, e en f.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De facultatieve prestaties zijn overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek. Overige zorgproducten (ozp's) zijn prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten en deze worden uitgedrukt in zorgactiviteiten.

Bovenstaande drie facultatieve prestaties zijn vastgesteld en opgenomen in de regelgeving voor 2022. Nieuwe facultatieve prestaties kunnen aangevraagd worden via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar.

J6. Hoe worden facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg bekostigd?

Toelichting:

Een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg is een overig zorgproduct. Een overig zorgproduct is een prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct.

In het algemeen behoren overige zorgproducten tot het gereguleerde segment, maar de facultatieve prestatie vormt hier een uitzondering op en behoort tot het vrije segment. Prestaties in het vrije segment kennen een vrij tarief. Dat houdt in dat de prijs vrij onderhandelbaar is tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.

K. TARIEVEN

K1. Hoe wordt een DBC-tarief opgebouwd?

Het tarief voor een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.

Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

K2. Welke tariefsoorten bestaan er?

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

- a. Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximum tarieven.
- b. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.

In de zorgproducten tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza>) is een overzicht opgenomen van de dbc-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.

Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

De Nadere Regel NR/REG-2207a geeft in artikel 1 de volgende definities:

Gereguleerd segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

Vrij segment

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

Bron: NR/REG-2207a, art. 1, lid o en nn.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

K3. Wat zijn de regels voor de tarieven voor het gereguleerde segment?

Over de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Deze maximumtarieven voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-ongeneesmiddelen, stollingsfactoren, rijbewijskeuringen en een beperkt aantal prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen uit de eerstelijnszorg), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking mag aan een ieder in rekening worden gebracht.

Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Rijbewijskeuringen zijn toegevoegd bij de uitzonderingen op de prestaties in het gereguleerde segment waar een maximumtarief op van toepassing is.

Toelichting:

De maximumtarieven gelden voor prestaties in het gereguleerde segment, te weten:

- DBC-zorgproduct gereguleerd segment
- Supplementair product: Add-on IC
- Supplementair product: Add-on geneesmiddelen
- Supplementair product: overige trajecten
- Supplementair product: ozp-stollingsfactoren

Nast deze maximumtarieven is er een aantal prestaties waar een maximumtarief of een vrij tarief van toepassing is:

- Supplementair product: add-on overig
- Paramedische behandeling en onderzoek
- Overige verrichtingen

Toelichting:

In de Tarieven Tabel zijn alle landelijk geldende tarieven voor de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment (a-segment) opgenomen. Daarnaast zijn ook de tarieven voor de overige zorgproducten (ozp's) opgenomen (m.u.v. de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren).

Voor dbc-zorgproducten en overige zorgproducten in het b-segment is in de tarieventabel wel een regel opgenomen met de declaratiecode, maar is het tarief op 0 gezet. Dit geldt ook voor de

zorgproducten van de protontherapie. Hiervoor zijn individuele tariefbeschikkingen afgegeven met individuele maximumtarieven per product per zorgaanbieder. Daarom is er geen landelijk maximumtarief opgenomen in de Tarieven Tabel.

Alle declaratiecodes zijn dus terug te vinden in de Tarieven Tabel. In het declaratieproces wordt de Tarieven Tabel gebruikt om te bepalen welk tarief bij een declaratiecode hoort. De prestatieomschrijvingen horende bij de declaratiecodes van dbc-zorgproducten zijn opgenomen in de Zorgproducten Tabel met de omschrijving van het dbc-zorgproduct zelf.

LET OP:

Er geldt een uitzondering voor de tarieven van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag L22. Hoe wordt het tarief van een add-ongeneesmiddel bepaald?

K4. Wat wordt verstaan onder max-max tarieven voor het gereguleerde segment?

Over de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Deze maximumtarieven voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-ongeneesmiddelen, ozp stollingsfactoren, rijbewijskeuringen en een beperkt aantal prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen uit de eerstelijnszorg), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking kan aan eenieder in rekening worden gebracht.

Een max-max tarief mag alleen in rekening worden gebracht aan:

- de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie; of
- de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie.

Het in rekening te brengen maximale tarief is de som van het maximumtarief en indien daarvoor in aanmerking gekomen wordt, de mogelijkheid als omschreven in dit artikel.

Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Gewijzigde tekst in 2022 met inhoudelijke wijziging t.o.v. 2021.

Rijbewijskeuringen zijn toegevoegd bij de uitzonderingen op de prestaties in het gereguleerde segment waar een maximumtarief op van toepassing is.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag K3. Wat zijn de regels voor de tarieven in het geregeerde segment?

K5. Welke prijzen gelden voor DBC's in het vrije segment?

Van de dbc-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het geregeerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten die tot het vrije segment behoren en derhalve een vrij tarief kennen:

- Eerstelijnsdiagnostiek;
- diëtetiek;
- fysiotherapie;
- oefentherapie;
- ergotherapie;
- logopedie;
- bijbetaling aandeel onverzekerde zorg;
- endobronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
- plaatsen van intrabronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
- facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg.

De prestatie 'DBC-zorgproduct vrije segment' kent ook een vrij tarief.

K6. Welke tariefsoort behoort bij welke prestatie?

Toelichting:

BR/REG-22114a geeft in onderstaande tabel weer welke tariefsoort van toepassing is op welke prestatie:

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
DBC-zorgproduct geregeerd segment	Maximum
DBC-zorgproduct vrije segment	Vrij
Supplementair product: Add-on IC	Maximum
Supplementair product: Add-ongeneesmiddelen	Maximum

Supplementair product: Overige trajecten	Maximum
Supplementair product: ozp-stollingsfactoren	Maximum
Supplementair product: Add-on overig	Maximum of vrij
Eerstelijnsdiagnostiek	Vrij
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum of vrij
Overige verrichtingen	Maximum of vrij

Toelichting:

Een nadere uitleg vindt u onder vraag K10. Wat wordt bedoeld onder 'tarieftypen'?

K7. Hoe wordt een tarief berekend?

1. Het integrale tarief is een optelsom van het kostentarief en het honorariumtarief, inclusief indexatie.
2. De totstandkoming van de tarieven volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in bijlage 1 van deze beleidsregel.
3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerste lijn plaats. Voor de add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling.

Bron: BR/REG-22114a, art. 14, lid 1 t/m 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

De NZa heeft een kostprijsmodel opgesteld dat instellingen voor medisch specialistische zorg verplicht kostprijzen aan te leveren over het gereguleerde segment. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van de tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment. In de productprijsberekening op basis van het NZa-kostprijsmodel wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van de werkelijke kosten (ook voor kapitaallasten).

(Bron: Totstandkoming tarieven, bijlage bij BR/REG-22114a)

K8. Wat is het passantentarief?

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

De in de standaard prijslijst opgenomen tarieven worden door de zorgverleners, zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling, 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 38, lid 1 en 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

K9. Hoe worden overige zorgproducten bekostigd?

In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten die tot het vrije segment behoren en derhalve een vrij tarief kennen:

- eerstelijnsdiagnostiek;
- diëtetiek;
- fysiotherapie;
- oefentherapie;
- ergotherapie;
- logopedie;
- bijbetaling aandeel onverzekerde zorg;
- endobronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
- plaatsen van intrabronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
- facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg.

Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg betreft voornamelijk zorg met betrekking tot bepaalde behandelingen van varices en gebruik van implantlenzen.

K10. Wat wordt bedoeld met ‘tarieftypen’?

Toelichting:

De NZa spreekt soms van tarieftypen. Alhoewel er geen definitie en omschrijving te vinden zijn, wordt het tarieftype gebruikt om o.a. te differentiëren hoe de declaratie van een OZP verloopt: via de grouper of rechtstreeks naar verzekeraar/verzekerde.

In de toelichting regels afleiding NZa (uit bijlage 4 van de Nadere Regel NR/REG-2207a) is de volgende tabel opgenomen:

Subcategorie	Segment	Tarief type	Rechtstreeks declareren toegestaan?	Afleiden via grouper?
Supplementaire producten				
Overig traject	Gereguleerd/ vrij	12*	Ja	Nee
Add-on overig	Gereguleerd/ vrij	14	Ja (direct na uitvoering)	Ja
Add-on ic	Gereguleerd	15	Ja (direct na uitvoering)	Ja
Add-on geneesmiddelen	Gereguleerd	n.v.t.**	Ja (direct na uitvoering)	Nee
Ozp-stollingsfactoren	Gereguleerd	n.v.t.**	Ja	Nee
Eerstelijnsdiagnostiek				
Beeldvormende diagnostiek	Vrij	20	Ja (alleen als aanvraag komt van eerste lijn of specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt).	Nee
Klinische chemie en haematologie	Vrij			
Microbiologisch onderzoek en parasitologie	Vrij			
Overige laboratorium verrichtingen	Vrij			
Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek	Vrij			
Pathologie	Vrij			
Med specialistische behandeling en diagnostiek	Vrij	11	Nee	Ja
Paramedische behandeling en onderzoek				
Diëtetiek	Vrij	25	Ja (alleen bij directe toegang, of als aanvraag komt van eerste lijn of specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt).	Nee
Ergotherapie	Vrij			
Fysiotherapie	Vrij			
Logopedie	Vrij			
Oefentherapie	Vrij			
Optometrie	Gereguleerd			
Orthoptie	Gereguleerd			
Verloskunde	Gereguleerd			
Overige verrichtingen				
Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg	Vrij	13	Ja	Nee
Bijzondere oogheekunde	Gereguleerd			
Bijzondere tandheekunde	Vrij			
Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's	Gereguleerd			
Hyperbare zuurstofbehandeling	Gereguleerd			
Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen	Gereguleerd			
Klinisch genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadviesing	Gereguleerd			
Medisch-specialistische beademingszorg	Gereguleerd			
Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie	Gereguleerd			
Onderlinge dienstverlening	Gereguleerd			
Pathologie	Gereguleerd			
Planningsvergelijking protonen- en fotonen therapie	Gereguleerd			
Prenatale screening	Gereguleerd			
Regiefunctie complexe wondzorg	Gereguleerd			
Reiskosten	Gereguleerd			
SCEN-consultatie	Gereguleerd			
Trombosezorg	Gereguleerd			
Zorg in de thuissituatie	Gereguleerd			
Facultatieve prestaties MSZ				
Losse facultatieve prestatie	Vrij	13	Ja	Nee
Add-on facultatieve prestatie	Vrij	14	Ja	Ja

Toelichting:

In de Tarieven Tabel zijn alle landelijk geldende tarieven voor de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment (a-segment) opgenomen. Daarnaast zijn ook de tarieven voor de overige zorgproducten (ozp's) opgenomen (m.u.v. de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren).

Voor dbc-zorgproducten en overige zorgproducten in het b-segment is in de tarieventabel wel een regel opgenomen met de declaratiecode, maar is het tarief op 0 gezet. Dit geldt ook voor de zorgproducten van de protonetherapie. Hiervoor zijn individuele tariefbeschikkingen afgegeven met individuele maximumtarieven per product per zorgaanbieder. Daarom is er geen landelijk maximumtarief opgenomen in de Tarieven Tabel.

Alle declaratiecodes zijn dus terug te vinden in de Tarieven Tabel. In het declaratieproces wordt de Tarieven Tabel gebruikt om te bepalen welk tarief bij een declaratiecode hoort. De prestatie-omschrijvingen horende bij de declaratiecodes van dbc-zorgproducten zijn opgenomen in de Zorgproducten Tabel met de omschrijving van het dbc-zorgproduct zelf.

De maximumtarieven voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn opgenomen in de G-standaard.

K11. Wat zijn de algemene declaratiebepalingen?

1. Het in rekening brengen (declareren) van een integraal tarief van een integraal tarief voor een geleverd dbc-zorgproduct of een overig zorgproduct aan een zorgverzekeraar of patiënt is exclusief voorbehouden aan 'eigen zorgverleners' en factureringsbedrijven die namens de eigen zorgverlener declareren.
2. Voor instellingen geldt, in aanvulling op lid 1, dat zij in het bezit dienen te 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. Van deze verplichting zijn in ieder geval uitgezonderd instellingen die uitsluitend medisch-specialistische zorg leveren waarop geen aanspraak bestaat bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (hier wordt bedoeld op onverzekerde zorg).
3. Voor solisten geldt, in aanvulling op lid 1, dat zij in het bezit dienen te 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, én voldoen aan de vereisten die aan de titel solist worden gesteld zoals opgenomen in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.
4. De eigen zorgverlener declareert in één declaratie het totale, integrale tarief van het 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 zorgproduct.

5. De eigen zorgverlener (niet een grouper) als bedoeld in lid 1 is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct.

Bron: NR/REG-2207a, art. 31, lid 1 t/m 5.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

K12. Wat zijn de 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 zorgverlener 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 zorgverlener het subtrajectnummer.
4. Declaratie van parallelle dbc-zorgproducten is niet toegestaan indien de onderliggende diagnoses voorkomen in de diagnose-combinatietabel.
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 KNMG en/of een verpleegkundig specialist en/of een physician assistant samen één zorgvraag behandelen, dan mag hiervoor één dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 33, lid 1 t/m 7.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

K13. Wat zijn de declaratiebepalingen voor overige zorgproducten?

1. Een overig zorgproduct wordt gedeclareerd bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op de startdatum van het dbc-zorgproduct is verzekerd.
2. Een zorgverlener 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 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).

Bron: NR/REG-2207a, art. 34.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Overige zorgproducten (OZP's) zijn prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten en deze worden uitgedrukt in zorgactiviteiten. OZP's zijn onderverdeeld in vijf hoofdcategorieën:

1. Supplementaire producten
2. Eerstelijnsdiagnostiek
3. Paramedische behandeling en onderzoek
4. Overige verrichtingen
5. Facultatieve prestaties msz

De hoofdcategorieën kennen een verdere onderverdeling naar subcategorieën.

OZP's kunnen zelfstandig of samen met dbc-zorgproducten worden afgeleid. Hiervoor geldt dat:

- Een subtraject met zorgtype 11 of 21, eventueel aangeleverd in combinatie met een zorgtype 51 traject, afleidt tot één dbc-zorgproduct met bijbehorende declaratiecode of uitvalproduct*.
- Naast het dbc-zorgproduct of uitvalproduct één of meerdere OZP's afgeleid kunnen worden.

*= In het geval van een uitvalproduct kan geen declaratiecode worden afgeleid.

Voor het afleiden van een add-on overig (tarieftype 14) of een add-on ic (tarieftype 15) geldt de voorwaarde dat binnen een aangeboden declaratieset altijd minimaal één dbc-zorgproduct met bijbehorende declaratiecode of uitvalproduct wordt afgeleid.

In de volgende situaties leidt een OZP zelfstandig af (zonder dbc-zorgproduct met bijbehorende declaratiecode of uitvalproduct):

Een OZP eerstelijns diagnostiek (tarieftype 11) leidt altijd zelfstandig af;

Een add-on ic (tarieftype 15) leidt zelfstandig af voor een subtraject met zorgtype 52.

Een nadere uitleg vindt u onder vraag C19. Wat wordt verstaan onder overige zorgproducten (OZP)?, vraag C20. Welke soorten overige zorgproducten (OZP) bestaan er?, vraag G29. Hoe worden overige zorgproducten (OZP) geregistreerd? en vraag K10. Wat wordt bedoeld met tarieftypen?

L. ADD-ONGENEESMIDDELEN

L1. Algemene informatie en bronnen

Binnen de medisch-specialistische zorg kunt u sommige geneesmiddelen los van een zorgtraject in rekening brengen. Deze geneesmiddelen noemen we add-ongeneesmiddelen (add-ons) of ozp-stollingsfactoren (ozp's). In de G-standaard van Z-index vindt u de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren met het bijbehorende maximumtarief.

*Bron: website NZa en website Z-index.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) die als overige zorgproducten in rekening kunnen worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 10, lid 1.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

De NZa stelt maandelijks vast voor welke geneesmiddelen een add-onprestatie geldt. Het gaat dan om geneesmiddelen die los van een subtraject tussentijds in rekening gebracht mogen worden. De vastgestelde prestaties maakt de NZa bekend in een tariefbeschikking, waarna Z-Index deze opneemt in de G-standaard.

Meer informatie alsmede de meest recente documenten kunt u vinden op de hiervoor ingerichte websites.

- College ter beoordeling van Geneesmiddelen CBG: www.geneesmiddeleninformatiebank.nl.
- Add-on databank: www.farmatec.nl/prijsvorming/add-on-geneesmiddelen-sluismiddelen
- Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren: www.nza.nl
- G-standaard van Z-index: www.z-index.nl

LET OP: gedurende het jaar kunnen wijzigingen plaatsvinden.

L2. Wat is de G-standaard?

Toelichting:

De G-Standaard is een databank die het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De databank bevat relevante gegevens over zorgproducten die verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen. Alle openbaar apothekers, ziekenhuisapothekers, poliklinische apothekers, huisartsen, apotheekhoudende huisartsen, medisch specialisten en zorgverzekeraars in Nederland maken gebruik van de G-Standaard.

De vastgestelde add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren worden opgenomen in de G-standaard. Dit betreft dus zowel informatie over de prestaties (o.a. zi-nummer en het maximumtarief) als informatie over de indicatie en duiding zoals die in de add-ondatabank van Farmatec is opgenomen. In de G-standaard vindt u ook of er volgens zorgverzekeraars recht is op aanspraak onder de basisverzekering. Vanaf 1 januari 2018 is daarnaast een bestand met verkorte indicatieteksten opgenomen, ter ondersteuning van de registratie van de indicatie.

Naast de G-standaard levert Z-index een zogenaamd historisch maatwerkbestand uit. Dit bestand is onder andere te gebruiken binnen de systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op basis van dit bestand kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook achteraf (geautomatiseerd) eenduidig de geldigheid van declaraties en bijbehorende informatie vaststellen. Hierin is bijvoorbeeld de ingangsdatum van een add-ongeneesmiddel zichtbaar. Deze informatie is niet standaard opgenomen in de G-standaard.

Meer informatie over de G-standaard vindt u via de website van Z-index (www.zindex.nl). Meer informatie over de add-ondatabank vindt u via de website van Farmatec (www.farmatec.nl).

L3. Wat is de Z-index?

Toelichting:

Z-Index verzamelt informatie over zorgproducten en plaatst deze in de G-Standaard, de databank die uitwisseling van informatie tussen zorgpartijen in Nederland mogelijk maakt. Z-Index onderhoudt nauwe contacten met al deze zorgpartijen. Zorgverleners en zorgverzekeraars gebruiken de gegevens uit de G-Standaard bij veel van hun processen, bijvoorbeeld: elektronisch voorschrijven, bestellen, medicatiebewaking, declareren en vergoeden.

L4. Wat is offlabel gebruik?

Toelichting:

Er is sprake van offlabel gebruik als het geneesmiddel niet conform de geregistreerde indicatie wordt toegepast. Bij off-label gebruik wordt een geneesmiddel voorgeschreven voor een indicatie, leeftijdsgroep of toepassing waar het middel niet voor is geregistreerd.

Hierbij kan onder meer worden gedacht aan:

- het voorschrijven van een geneesmiddel in een andere dosering van geregistreerd;
- het voorschrijven van een geneesmiddel voor een ander indicatiegebied;
- het voorschrijven van een geneesmiddel tegen adviezen over contra-indicaties in;
- het voorschrijven van een geneesmiddel voor een andere leeftijdsgroep.

L5. Wat is een apotheekbereiding?

Een bereiding van een geneesmiddel door de apotheek. Het aanpassen van geregistreerde geneesmiddelen tot andere sterktes of toedieningsvormen en het voor toediening gereed maken (VTGM) van geregistreerde geneesmiddelen vallen niet onder deze begripsbepaling.

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid c.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een apotheekbereiding is geen geregistreerd geneesmiddel.

Onder de term 'apotheekbereiding' vallen binnen de NZa Beleidsregel ook de apotheekbereidingen van Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP's).

Een geneesmiddel dat door een fabrikant is gemaakt, kan enkel als add-on of ozp worden vastgesteld, als het geneesmiddel beschikt over een Europese of Nederlandse handelsvergunning (geregistreerde geneesmiddelen).

Vanaf 2021 kunnen ook bereidingen van een geneesmiddel door de apotheek (apotheekbereidingen) vastgesteld worden als add-on of een overig zorgproduct. Het aanpassen van geregistreerde geneesmiddelen tot andere sterktes of toedieningsvormen en het gereed maken voor een toediening (VTGM) van geregistreerde geneesmiddelen vallen hier niet onder.

Een add-on voor een apotheekbereiding wordt niet vastgesteld voor een apotheekbereiding vanuit een handelsproduct (bijvoorbeeld spuitjes die worden bereid vanuit een grotere flacon).

L6. Wat zijn equivalente geneesmiddelen?

Hiermee worden geneesmiddelen bedoeld met een zelfde werkzame stof en toedieningsvorm die, in therapeutische zin, voor overwegend dezelfde patiëntenpopulatie kunnen worden voorgeschreven en ingezet.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid n.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

L7. Wanneer is géén aanvraag voor een add-ongeneesmiddel meer vereist?

Voor geneesmiddelen met dezelfde stofnaam, farmaceutische vorm en sterkte (zelfde GPK-niveau) als een reeds vastgestelde add-on prestatie of ozp-stollingsfactor, is vanaf 1 januari 2019 geen aanvraag meer vereist. Deze geneesmiddelen verkrijgen maandelijks automatisch, via een ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-on geneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.

*Bron: Circulaire CI/18/31c.
Geldigheid: vanaf 1-1-2019.*

L8. Hoe verloopt de aanvraag voor een add-on voor een geneesmiddel?

Voor geneesmiddelen met dezelfde stofnaam, farmaceutische vorm en sterkte (zelfde GPK-niveau) als een reeds vastgestelde add-on prestatie of ozp-stollingsfactor, is vanaf 1 januari 2019 geen aanvraag meer vereist. Deze geneesmiddelen verkrijgen maandelijks automatisch, via een ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.

De NZa zal door deze wijziging voor een grotere groep geneesmiddelen dan in het huidige beleid, ambtshalve add-on en ozp-stollingsfactor prestaties vaststellen, waardoor voor deze groep geen aanvraag meer hoeft te worden ingediend door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit gaat met name om biosimilars en generieke geneesmiddelen waarvan voor het equivalente geneesmiddel al een add-on prestatie geldig is.

*Bron: Circulaire CI/18/31c.
Geldigheid: vanaf 1-1-2019.*

L9. Hoe verloopt de beoordelingsprocedure voor geneesmiddelen als add-on?

1. De NZa besluit voor welke geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) een add-on of een ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, gewijzigd of ingetrokken. Zo'n besluit kan op twee manieren tot stand komen:
 - Op aanvraag (via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar);
 - Ambtshalve.
2. Vaststelling van een add-ongeneesmiddel en ozp-stollingsfactor gebeurt op het niveau van:
 - Het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard, in het geval van een geregistreerd geneesmiddel, of
 - De combinatie van werkzame stof en toedieningsvorm zoals opgenomen in de G-standaard, in het geval van een apotheekbereiding.
3. De NZa neemt een aanvraag voor een add-ongeneesmiddel, of ozp-stollingsfactor, slechts in behandeling indien aan de volgende vereisten is voldaan:
 - De aanvraag is tweezijdig; tenminste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar hebben de aanvraag ondertekend en ingediend, en;
 - De aanvraag is gedaan met behulp van het 'Formulier aanvraag add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor', of 'Formulier aanvraag ozp-stollingsfactor' of 'Formulier intrekking add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor'. Het formulier dient volledig en naar waarheid te zijn ingevuld.
4. Voor geregistreerde geneesmiddelen met dezelfde stofnaam, farmaceutische vorm en sterkte (zelfde GPK-niveau) is geen aanvraag vereist. Deze geneesmiddelen verkrijgen automatisch, via ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.
5. Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) mag een aanvraag tot vaststelling van een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor, voor een nog te registreren geneesmiddel, worden ingediend. Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient aanvullend het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. De NZa houdt in zo'n geval het besluit over een ingediende aanvraag aan tot het moment dat voor het geneesmiddel een handelsvergunning is afgegeven. Een aanvraag is niet compleet (onvolledig), indien de NZa geen openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel heeft ontvangen.
6. Na ontvangst van de aanvraag stelt de NZa gedurende een termijn van twee weken de volgende partijen in de gelegenheid een schriftelijke zienswijze in te dienen:
 - Vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN);
 - De registratiehouder (fabrikant) van het geneesmiddel waar de aanvraag betrekking op heeft; of in het geval van een apotheekbereiding de registratiehouder (fabrikant) van het geregistreerde equivalent van de apotheekbereiding, indien zo'n equivalent bestaat.
7. De NZa betreft de zienswijzen bedoeld in het vorige lid bij haar besluitvorming.
8. De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het derde lid een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.

9. Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg.
10. Het besluit bedoeld in het achtste lid wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen. In de G-standaard komt tot uiting voor welke geneesmiddelen een add-on en ozp-stollingsfactor is vastgesteld.
11. Een besluit bedoeld in het achtste lid treedt niet eerder in werking dan de datum waarop de Z-index het betreffende add-ongeneesmiddel of de ozp-stollingsfactor, voorzien van het tarief (AIP), heeft opgenomen in de G-standaard en deze gewijzigde versie van de G-standaard heeft gepubliceerd.
12. Bij een besluit tot intrekking van een add-ongeneesmiddel, of ozp-stollingsfactor, is de datum van inwerkingtreding 1 januari van jaar t, mits de aanvraag tot intrekking uiterlijk 31 maart van jaar t-1 is ingediend. Wordt de aanvraag tot intrekking na 31 maart van jaar t-1 ingediend, dan schuift de datum van inwerkingtreding door naar 1 januari van jaar t+2.
13. De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil niet zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bron: BR/REG-22114a, art. 11.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Voor dure apotheekbereidingen is het mogelijk om een add-on prestatie vast te stellen. Het gaat om bereidingen waarbij de ziekenhuisapotheek zelf vanuit grondstoffen een geneesmiddel bereidt. Daarmee wordt de bekostiging van dure apotheekbereidingen gelijk getrokken met de bekostiging van dure geregistreerde geneesmiddelen en vormt deze geen onnodige belemmering meer voor het maken van een dure apotheekbereiding.

De NZa benadrukt dat de declaratie van apotheekbereidingen alleen is toegestaan als de ontwikkeling, bereiding en inzet daarvan valt binnen de geldende wet- en regelgeving waar andere instanties, waaronder Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht op houden.

De link naar het aanvraagformulier op de NZa website:

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-geneesmiddelen/wilt-u-een-add-on-geneesmiddel-aanvragen>

LET OP:

Een add-on voor een apotheekbereiding kan **niet** worden aangevraagd voor het bereiden en/of voor toediening gereed maken van medicatie vanuit een handelsproduct.

L10. Waar is te vinden welke aanvragen voor add-on er lopen?

Toelichting:

U kunt de belangrijkste en actuele documenten vinden via de website van de NZa; www.nza.nl.
Via NZa > Home > Zorgonderwerpen of via de zoekterm: 'add-on' en 'geneesmiddel'. Tevens is op de website van de NZa het overzicht te vinden van de wijzigingsverzoeken die in behandeling zijn.

L11. Waar is te vinden welke geneesmiddelen als add-on gelden?

Toelichting:

U kunt het meest actuele overzicht vinden op de website van het CIBG van het Ministerie van VWS. Farmatec verzorgt het verlenen van farmaceutische vergunningen, erkenningen, ontheffingen en registraties voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor bijvoorbeeld de farmaceutische industrie. Daarnaast is Farmatec verantwoordelijk voor het toekennen van vergoedingslimieten aan geneesmiddelen (Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), het vaststellen van maximumprijzen voor geneesmiddelen (Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en de add-on databank (AOD)).
De website: www.farmatec.nl.

L12. Wanneer is het zinvol om voor een geneesmiddel een add-on aanvraag te doen?

Voor de vaststelling van een geneesmiddel als 'add-ongeneesmiddel' of 'ozp-stollingsfactor' hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:

Bij een geregistreerd geneesmiddel:

- De kosten van het geregistreerde geneesmiddel, die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, bedragen gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar, en
- Voor het geneesmiddel is een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit. De NZa dient te beschikken over de openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel, en
- Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Of

Bij een apotheekbereiding:

- Het betreft een apotheekbereiding waarbij de apotheek op basis van grondstoffen een geneesmiddel bereidt; en
- De kosten voor de apotheekbereiding die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen, gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar bedragen of waarvan voor een geregistreerd equivalent een add-on prestatie

- geldig is. Onder 'kosten' wordt hier verstaan: de kosten die onderdeel zijn van de kostprijs zoals beschreven in artikel 15 lid 2 van deze beleidsregel, en
- De apotheekbereiding is opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Bron: BR/REG-22114a, art. 10, lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Het is mogelijk om add-on prestaties aan te vragen en vast te stellen voor dure apotheekbereidingen. Een add-on voor een dure apotheekbereiding kan vastgesteld worden, indien:

- De kosten voor de apotheekbereiding per patiënt per jaar gemiddeld meer dan € 1.000 bedragen; of
- Er een add-on prestatie is vastgesteld voor een equivalent geneesmiddel.

Voor geregistreerde geneesmiddelen met dezelfde stofnaam, farmaceutische vorm en sterkte (zelfde GPK-niveau) is geen aanvraag vereist. Deze geneesmiddelen verkrijgen automatisch, via een ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.

Bron: BR/REG-22114a, art. 11, lid 4.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

In bovenstaand artikel wordt beschreven wanneer voor geregistreerde geneesmiddelen géén add-on aanvraag vereist is. Dit artikel is niet van toepassing op apotheekbereidingen.

LET OP:

De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil **niet** zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bron: BR/REG-22114a, art. 11, lid 13.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Het is zinvol om een aanvraag in te dienen als de invloed van de kosten van het geneesmiddel in de DBC zodanig is dat er sterk wisselende kostprijzen ontstaan, en met name afhankelijk is van de casemix. Deze inhomogeniteit in de kostprijs van de DBC ontstaat omdat er tussen patiënten met dezelfde DBC grote verschillen kunnen ontstaan indien zij wel of niet het dure geneesmiddel nodig hebben. Als er een reguliere richtlijn/standaard is die voor alle zorgaanbieders een vergelijkbaar aandeel zal geven in de casemix, is de wenselijkheid voor een duur geneesmiddel als add-on echter gering.

Het aanvragen van add-on bekostiging voor een **off-label indicatie** van een geneesmiddel is alleen zinvol als de inzet van het geneesmiddel bij de betreffende indicatie onderbouwd kan worden met een positief oordeel van Zorginstituut Nederland of 'naar stand der wetenschap en praktijk te beschouwen is.

L13. Wie vraagt een off-label indicatie aan voor een add-on geneesmiddel?

On-label en off-label

Het CIBG vult de CIBG add-on databank met **on-label** indicaties. Voor geregistreerde indicaties worden de in de geneesmiddeleninformatiebank vastgelegde SmPC indicatieteksten gebruikt.

De informatie voor welke **off-label** indicaties de add-on prestaties ingezet kunnen worden, ontvangt het CIBG vanaf 1 januari 2018 via Zorgverzekeraars Nederland (ZN), nádat de Werkgroep add-on geneesmiddelen van ZN een wijzigingsverzoek voor de off label indicatie heeft besproken en de aanspraakstatus heeft vastgesteld. Het CIBG zal deze off-label indicaties opnemen in de CIBG add-on databank. Vervolgens komen in de maandelijkse G-standaard van Z-Index de volgende categorieën te staan: on-label codes, off-label codes en overig. Op het moment dat een patiënt met een bepaald **geneesmiddel** wordt behandeld voor een **bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard**, kan de categorie 'overig' worden geselecteerd. Indien een bepaald geneesmiddel regelmatig wordt ingezet bij deze off-label indicatie, dient de beroepsgroep / wetenschappelijke vereniging ervoor te zorgen dat deze off-label indicatie wordt opgenomen in de CIBG add-on databank.

*Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen en ozp stollingsfactoren; NZa Circulaire CI/16/28c.
Geldigheid: vanaf 1-1-2017 tot op heden.*

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.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 37.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

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).

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 37.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Als in de praktijkvoering van medisch specialisten in het ziekenhuis blijkt dat een off-label indicatie ontbreekt, of een negatieve aanspraakstatus inmiddels kan worden onderbouwd door de wetenschappelijke vereniging, kan een verzoek daartoe alleen via de wetenschappelijke verenigingen geïnitieerd worden.

De wetenschappelijke vereniging levert het standpunt m.b.t. de stand der wetenschap en praktijk met onderbouwing/compleet dossier aan bij ZN (op tijdstip t). Hiervoor is in afstemming met de FMS een procedure afgesproken en een aanvraagformulier ontwikkeld; [aanvraagformulieren](#) via aanvragenaddons@zn.nl.

Zie document [‘Stappenplan aanvragen nieuwe off label indicatie add-on of stollingsfactor’](#).

L14. Wat is de regel als er een indicatie als add-on wordt toegevoegd waarvoor het geneesmiddel NIET geregistreerd is?

Op het moment dat een patiënt met een bepaald add-ongeneesmiddel wordt behandeld voor een **bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard**, kan de categorie ‘overig’ worden geselecteerd. Indien een bepaald geneesmiddel regelmatig wordt ingezet bij deze off-label indicatie, dient de beroepsgroep ervoor te zorgen dat deze indicatie wordt opgenomen in de CIBG add-on databank en vervolgens de G-standaard.

*Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen en ozp stollingsfactoren; NZa Circulaire CI/16/28c.
Geldigheid: vanaf 1-1-2017 tot op heden.*

Het maakt dus niet uit het om een on-label of off-label gebruik van het add-ongeneesmiddel betreft.

Een off-label indicatie wordt toegevoegd door

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).

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 37.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

LET OP:

Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.

Toelichting:

Als in de praktijkvoering van medisch specialisten in het ziekenhuis blijkt dat een off-label indicatie ontbreekt, of een negatieve aanspraakstatus inmiddels kan worden onderbouwd door de wetenschappelijke vereniging, kan een verzoek daartoe alleen via de wetenschappelijke verenigingen geïnitieerd worden.

De wetenschappelijke vereniging levert het standpunt m.b.t. de stand der wetenschap en praktijk met onderbouwing/ compleet dossier aan bij ZN (op tijdstip t). Hiervoor is in afstemming met de FMS een procedure afgesproken en een aanvraagformulier ontwikkeld; [aanvraagformulieren](#) via aanvragenaddons@zn.nl.

Zie document 'Stappenplan aanvragen nieuwe off label indicatie add-on of stollingsfactor'.

L15. Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on geneesmiddelen in de G-standaard?

De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het derde lid een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.

Het besluit bedoeld in het achtste lid wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen. In de G-standaard komt tot uiting voor welke geneesmiddelen een add-on en ozp-stollingsfactor is vastgesteld.

Een besluit bedoeld in het achtste lid treedt niet eerder in werking dan de datum waarop Z-index het betreffende add-ongeneesmiddel of de ozp-stollingsfactor, voorzien van het tarief (AIP), heeft opgenomen in de G-standaard en deze gewijzigde versie van de G-standaard heeft gepubliceerd.

Bron: BR/REG-22114a, art. 11, lid 8, 10 en 11.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

LET OP:

De datum van publicatie in de G-standaard is bepalend voor de registratie/declaratie van het add-ongeneesmiddel, niet de ingangsdatum van het DBC subtraject/zorgtraject.

De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil **niet** zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bron: BR/REG-22114a, art. 11, lid 13.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 37, lid 1, sub m.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

On-label en off-label

Het CIBG vult de CIBG add-on databank met **on-label** indicaties. Voor geregistreerde indicaties worden de in de geneesmiddeleninformatiebank vastgelegde SmPC indicatieteksten gebruikt.

De informatie voor welke **off-label** indicaties de add-on prestaties ingezet kunnen worden, ontvangt het CIBG vanaf 1 januari 2018 via Zorgverzekeraars Nederland (ZN), nádat de Werkgroep add-on geneesmiddelen van ZN een wijzigingsverzoek voor de off label indicatie heeft besproken en de aanspraakstatus heeft vastgesteld. Het CIBG zal deze off-label indicaties opnemen in de CIBG add-on databank. Vervolgens komen in de maandelijkse G-standaard van Z-Index de volgende categorieën te staan: on-label codes, off-label codes en overig. Op het moment dat een patiënt met een bepaald **geneesmiddel** wordt behandeld voor een **bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard**, kan de categorie 'overig' worden geselecteerd. Indien een bepaald geneesmiddel regelmatig wordt ingezet bij deze off-label indicatie, dient de beroepsgroep / wetenschappelijke vereniging ervoor te zorgen dat deze off-label indicatie wordt opgenomen in de CIBG add-on databank.

Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen en ozp stollingsfactoren; NZa Circulaire CI/16/28c.

Geldigheid: vanaf 1-1-2017 tot op heden.

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.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 37.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Een toe te voegen Off-label indicatie

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 Medisch Specialisten (FMS).

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 37.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Als in de praktijkvoering van medisch specialisten in het ziekenhuis blijkt dat een off-label indicatie ontbreekt, of een negatieve aanspraakstatus inmiddels kan worden onderbouwd door de wetenschappelijke vereniging, kan een verzoek daartoe alleen via de wetenschappelijke verenigingen geïnitieerd worden.

De wetenschappelijke vereniging levert het standpunt m.b.t. de stand der wetenschap en praktijk met onderbouwing / compleet dossier aan bij ZN (op tijdstip t). Hiervoor is in afstemming met de FMS een procedure afgesproken en een aanvraagformulier ontwikkeld; [aanvraagformulieren](#) via aanvragenaddons@zn.nl.

Zie document '[Stappenplan aanvragen nieuwe off label indicatie add-on of stollingsfactor](#)'.

Add-on status vervalt bij vervallen handelsvergunning

Vanaf het moment dat een handelsvergunning van een geneesmiddel is ingetrokken of dat een geneesmiddel uit de G-standaard van Z-index is verwijderd, vervalt de add-onprestatie of de prestatie van een ozp-stollingsfactor.

*Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen en ozp stollingsfactoren; NZa Circulaire CI/16/28c.
Geldigheid: vanaf 1-1-2017 tot op heden.*

L16. Hoe wordt de prestatiebeschrijving van add-ongeneesmiddelen bepaald?

Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) die als overige zorgproducten in rekening worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het geneesmiddel zoals opgenomen in de G-standaard.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 10, lid 1.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

L17. Is de indicatie onderdeel van de prestatie add-ongeneesmiddel?

Met ingang van 1 januari 2017 is de indicatie geen onderdeel meer van een add-ongeneesmiddel/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.

*Bron: NR/REG-2207a, toelichting bij art. 37.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Toelichting:

Bij de declaratie van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor, moet ook geregistreerd worden voor welke indicatie het geneesmiddel is verstrekt. Farmatec, onderdeel van een uitvoeringsorganisatie (CIBG) van het ministerie van VWS, stelt hiervoor een publiek toegankelijke database beschikbaar, de zogenaamde add-ondatabank. Deze databank bevat de indicaties voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Het gaat om zowel de door de Europese of Nederlandse registratieautoriteit geregistreerde (on-label) als niet geregistreerde (off-label) indicaties. Als een patiënt met een bepaald geneesmiddel wordt behandeld voor een bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard, kan de indicatie 'overig' geregistreerd worden. Ook de duiding van Zorginstituut is opgenomen indien deze beschikbaar is.

Er mag tussen patiënt en zorgaanbieder een privacyverklaring worden overeengekomen. In deze gevallen, hoeft de indicatie niet aangeleverd te worden.

L18. Hoe worden add-ongeneesmiddelen geregistreerd?

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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 26, lid 3.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

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

*Bron: NR/REG-2207a art. 34a, lid 5.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

L19. Hoe worden add-ongeneesmiddelen gedeclareerd?

Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) die als overige zorgproducten in rekening worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het geneesmiddel zoals opgenomen in de G-standaard.

*Bron: BR/REG-22114a, art. 10.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan declareert de zorgverlener 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 worden gebracht. Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 34a, lid 10.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

Voor add-ongeneesmiddelen zijn verplicht:

Uitvoerdatum. Datum waarop een zorgactiviteit is uitgevoerd. Voor add-ongeneesmiddelen 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.

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

Aantal gebruikte eenheden. Het aantal 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).

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

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.

Consumentenomschrijving. Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor overige zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld zoals opgenomen in het overzicht overige zorgproducten (bijlage 4 van deze regeling). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren bestaat de consumentenomschrijving uit de artikelomschrijving van het betreffende geneesmiddel zoals opgenomen in de G-standaard.

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

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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 37 lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

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 bijbehorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

Bron: NR/REG-2207a, art. 37 lid 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Bij de declaratie van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor, moet ook geregistreerd worden voor welke indicatie het geneesmiddel is verstrekt. Farmatec, onderdeel van een uitvoeringsorganisatie (CIBG) van het ministerie van VWS, stelt hiervoor een publiek toegankelijke database beschikbaar, de zogenaamde add-ondatabank. Deze databank bevat de indicaties voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Het gaat om zowel de door de Europese of Nederlandse registratieautoriteit geregistreerde (on-label) als niet geregistreerde (off-label) indicaties. Als een patiënt met een bepaald geneesmiddel wordt behandeld voor een bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard, kan de indicatie 'overig' geregistreerd worden. Ook de duiding van Zorginstituut is opgenomen indien deze beschikbaar is.

Er mag tussen patiënt en zorgaanbieder een privacyverklaring worden overeengekomen. In deze gevallen, hoeft de indicatie niet aangeleverd te worden.

L20. Mag een add-ongeneesmiddel gedeclareerd worden als deze wel is bereid, maar niet is toegediend aan de patiënt?

De registratie van 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.

Bron: NR/REG-2207a, art. 4 lid 1.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Een dbc-zorgtraject kan starten op de datum van een verstrekking/toediening van een add-on geneesmiddel of overig zorgproduct stollingsfactor aan een patiënt. Aan alle andere voorwaarden die horen bij het openen van een zorgtraject moet voldaan worden.

Dat houdt in dat een add-on geneesmiddel dat bereid is, maar nog niet is toegediend aan de patiënt, NIET gedeclareerd mag worden. Een initieel zorgtraject (ZT11) start op de datum van de eerste zorgactiviteit. Sinds 2017 zijn add-on geneesmiddelen officieel geen zorgactiviteiten meer, maar ZI-nummers.

Een dbc-zorgtraject mag wel starten met een add-on geneesmiddel (of ozp stollingsfactor), mits aan de (overige) voorwaarden die gelden voor het openen van een zorgtraject wordt voldaan.

L21. Welke declaratiebepalingen zijn van toepassing op add-ongeneesmiddelen?

- a. Een geneesmiddel dat intramuraal, dus ‘binnen de muren’ van een instelling, wordt voorgeschreven en verstrekt/toegediend aan een patiënt, wordt gedeclareerd door de instelling waar dat geneesmiddel is verstrekt/toegediend.
- b. In afwijking van het gestelde onder a geldt dat:
 - Geneesmiddelen die enkel en alleen vallen onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden’ als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, en
 - Geneesmiddelen voor de behandeling van HIV dienen te worden gedeclareerd door de zorgverlener waarvan de patiënt voor toepassing van deze geneesmiddelen ‘eigen patiënt’ is en waarvan de op deze geneesmiddelen betrekking hebbende zorg niet is overgenomen door een andere zorgverlener.

- 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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 31, lid 6.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

- 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.
- 5. Bij declaratie van een add-ongeneesmiddel wordt het zorgtrajectnummer van het zorgtraject waarop het betrekking heeft meegestuurd.
- 9. Alleen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van art. 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. 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 zorgverlener 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.

*Bron: NR/REG-2207a, art. 34a, lid 1, 2, 5, 9 en 10.
Geldigheid: vanaf 1-1-2022.*

LET OP:

Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.

L22. Hoe wordt het tarief van een add-ongeneesmiddel bepaald?

Tariefberekening

Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerstelijns plaats. Voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling.

Bron: BR/REG-22114a, art. 14, lid 3.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Tarief add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg en worden met inachtneming van de volgende criteria vastgesteld:
 - a. De NZa stelt één keer per jaar (in april van jaar t) de tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren vast zoals deze met ingang van 1 januari van jaar t+1 zullen gelden.
 - b. De hoogte van deze tarieven wordt vastgesteld op basis van de lijstprijzen (Apotheekinkooprijzen, AIP) zoals opgenomen in de G-standaard. De peildatum voor de tarieven van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die gelden in jaar t zijn de lijstprijzen van 1 april van jaar t-1.
 - c. Voor geneesmiddelen waarvoor de NZa lopende het jaar op aanvraag of ambtshalve een add-on of ozp-stollingsfactor vaststelt, wordt – voor de bepaling van de hoogte van het bijbehorende tarief – aangesloten bij de meest recente lijstprijs uit de G-standaard.
 - d. In de beschikking waarin voor een geneesmiddel als bedoeld onder c een add-on of ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, wordt opgenomen dat het in die beschikking genoemde tarief jaarlijks opnieuw zal worden vastgesteld op de wijze zoals beschreven onder b. Voor beschikkingen die in de maanden april tot en met december (jaar t) worden afgegeven, betekent dit dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van het daarop volgende jaar (t+1). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+2 in rekening mag worden gebracht. Voor beschikkingen die in de maanden januari tot en met maart (jaar t) worden afgegeven, geldt dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van datzelfde jaar (jaar t). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+1 in rekening mag worden gebracht.
 - e. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn inclusief 6% BTW.
2. In afwijking van het stelde in lid 1 geldt voor add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren voor apotheekbereidingen dat:

- a. De NZa het maximumtarief baseert op een door de aanvragers aangeleverde kostprijs.
 - b. Deze kostprijs is opgebouwd uit de kostencomponenten zoals opgenomen in het format 'kostprijsontwikkeling dure apotheekbereiding'. Dit format en bijbehorende bestuursverklaring maken deel uit van het 'formulier aanvraag add-on geneesmiddelen/ozp stollingsfactoren'.
 - c. Bij de vaststelling van de add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren de NZa ook het bijbehorende maximumtarief vaststelt. Hiervoor wordt de kostprijsontwikkeling, hierboven genoemd bij onderdeel a en b, als uitgangspunt genomen.
 - d. De tarieven na vaststelling periodiek worden herijkt op basis van de jaarlijkse kostprijsaanlevering zoals beschreven in bijlage 1 van deze beleidsregel.
 - e. Gedurende de periode waarin volgens de geldende regelgeving nog geen kostprijs voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor aangeleverd hoeft te worden, worden de tarieven geïndexeerd.
3. Indien het door de NZa vastgestelde tarief voor een add-on geneesmiddel of opz-stollingsfactor hoger is dan de maximumprijs die in het kader van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) is vastgesteld, dan geldt de WGP maximumprijs als maximumtarief voor dat add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.

Bron: BR/REG-22114a, art. 15.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Het maximumtarief van geregistreerde geneesmiddelen wordt door de NZa vastgesteld op basis van de apotheekinkoopprijs (AIP). Het maximumtarief mag nooit hoger zijn dan de WGP-maximumprijs die de minister van VWS vaststelt. Het maximumtarief van apotheekbereidingen wordt door de NZa vastgesteld op basis van kostprijsaanleveringen door zorgaanbieders.

L23. Wat houdt het (integraal) tarief voor een add-ongeneesmiddel in?

Tariefopbouw en tariefsoorten

Het tarief voor een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.

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

- a. Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximum tarieven.
- b. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.

Bron: BR/REG-22114a, art. 13, lid 1 en 2.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Integraal tarief

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

Bron: BR/REG-22114a, art. 1, lid w.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Het integrale tarief voor add-ongeneesmiddelen houdt in dat het tarief van toepassing is voor alle kosten die gemaakt worden bij gebruik/toediening van het geneesmiddel. Dat is inclusief de kosten die de medisch specialist hiervoor maakt.

Supplementaire producten van de categorie add-ongeneesmiddelen hebben een maximumtarief.

L24. Wordt een add-ongeneesmiddel automatisch vergoed door de verzekeraar?

De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil niet zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bron: BR/REG-22114a, art. 11, lid 13.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Met ingang van 1 januari 2017 krijgen zorgverzekeraars zicht op de precieze indicatie waar een add-on geneesmiddel of stollingsfactor voor is verstrekt aan de patiënt. Dit biedt **zorgverzekeraars** de mogelijkheid gericht dan nu te **bepalen** welke zorg **wel** en **niet** onder de basisverzekering valt. Zorgverzekeraars gaan aan de slag om voor add-on geneesmiddelen te beoordelen wanneer wel en geen sprake is van aanspraak onder de basisverzekering voor de patiënt. De informatie die daarover bekend is zal worden opgenomen in de G-standaard.

Een zorgverzekeraar mag ervoor kiezen een (add-on of ozp) geneesmiddel selectief, namelijk niet bij alle zorgaanbieders, in te kopen. Hierover vinden individuele contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders plaats. Als een geneesmiddel niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis, wil dat dus nog niet zeggen dat de patiënt geen aanspraak hierop heeft. De zorgverzekeraar zal in dat geval dat geneesmiddel ergens anders hebben moeten inkopen ten behoeve van zijn verzekerden.

Bron: Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen en ozp stollingsfactoren; NZa Circulaire CI/16/28c.

Geldigheid: vanaf 1-1-2017 tot op heden.

L25. Moet de indicatie waarvoor het geneesmiddel is verstrekt geregistreerd worden?

Bij de declaratie van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor, moet ook geregistreerd worden voor welke indicatie het geneesmiddel is verstrekt. Farmatec, onderdeel van een uitvoeringsorganisatie (CIBG) van het ministerie van VWS, stelt hiervoor een publiek toegankelijke database beschikbaar, de zogenaamde add-on databank. Deze databank bevat de indicaties voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Het gaat om zowel de door de Europese of Nederlandse registratieautoriteit geregistreerde (on-label) als niet geregistreerde (off-label) indicaties. Als een patiënt met een bepaald geneesmiddel wordt behandeld voor een bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard, kan de indicatie 'overig' geregistreerd worden. Ook de duiding van Zorginstituut is opgenomen indien deze beschikbaar is.

Er mag tussen patiënt en zorgaanbieder een privacyverklaring worden overeengekomen. In deze gevallen, hoeft de indicatie niet aangeleverd te worden.

Bron: Handleiding dbc-systematiek, v20210923.

Geldigheid: vanaf 1-1-2022.

Toelichting:

Het is verplicht om te registreren voor welke indicatie het geneesmiddel is verstrekt, behalve als een privacyverklaring tussen patiënt en zorgaanbieder overeen is gekomen. In dat geval hoeft de indicatie niet aangeleverd te worden.

L26. Welke gegevens moeten geregistreerd worden bij de registratie van add-ongeneesmiddelen?

Toelichting:

De hieronder benoemde gegevens moeten alleen vastgelegd worden bij add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren, en niet voor geneesmiddelen in algemene zin. De informatie legt u vast als onderdeel van het zorgtraject. In het geval van ozp stollingsfactoren kan het zijn dat er geen lopend zorgtraject bestaat. In dit geval moet een relatie bestaan naar de betreffende patiënt aan wie het betreffende geneesmiddel wordt toegediend en/of verstrekt. Deze moeten vastgelegd worden naast de volgende gegevens:

- **Uitvoerdatum:** voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren waarop dit is verstrekt aan de patiënt of aan de afdeling ten behoeve van toediening aan de patiënt.
- **Zorgtrajectnummer:** dit is een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. De registratie van het zorgtrajectnummer is alleen verplicht te registreren bij add-ongeneesmiddelen. Het zorgtrajectnummer hoeft niet geregistreerd te worden bij OZP-stollingsfactoren.

- **Aantal gebruikte eenheden:** het aantal eenheden (bijvoorbeeld infusieflacons, tabletten) of fracties van eenheden (bijvoorbeeld een halve infusieflacon) dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te verstrekken aan de patiënt bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). Het aantal wordt in duizendvoud geadmistreerd. Een verstrekking van één infusieflacon wordt bijvoorbeeld als aantal = 1000 opgenomen in het bestand. Een halve infusieflacon wordt als aantal = 500 opgenomen. Een verstrekking van één tablet uit een verpakking van 8 stuks wordt geregistreerd als aantal = 1000. Meer informatie hierover is ook opgenomen in de Vektis EI standaard - EI declaratie dure geneesmiddelen.
- **ZI-nummer:** een nummer uitgegeven door Z-index. Het zi-nummer identificeert geneesmiddelen tot op het diepste niveau, het verpakkingsniveau. Dat wil zeggen dat een verpakking van bijvoorbeeld 10 stuks (bijvoorbeeld tabletten) een ander zi-nummer heeft dan een verpakking van 30 stuks (bijvoorbeeld tabletten).
- **Uitvoerend specialisme:** AGB-code van het specialisme dat het geneesmiddel voorschrijft.
- **Consumentenomschrijving:** voor add-ongeneesmiddelen en OZP-stollingsfactoren bestaat de consumentenomschrijving uit de artikelomschrijving van het betreffende ZI-nummer zoals opgenomen in de G-standaard.
- **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.
- **Verstrekt geneesmiddelnummer:** een uniek nummer waarmee het geneesmiddel binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer wordt automatisch gegenereerd door het ZIS.
- **Code Soort geneesmiddel:** een code die aangeeft of het geneesmiddel is toegepast als add-on of ozp-stollingsfactor.

LET OP:

De verplichting van de registratie van een zorgtrajectnummer is niet van toepassing op add-ongeneesmiddelen als een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijbehorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

M. BIJLAGES

- [BR/REG-22114a](#), Beleidsregel prestaties en tarieven MSZ.
- [NR/REG-2207a](#), Regeling MSZ.
- [Release DBC-pakket RZ22a](#)
- [Release DBC-pakket RZ22b](#)
- [Release DBC-pakket RZ22c](#)

- [Handleiding DBC-systematiek](#), v20210923.
- [Zorgactiviteitentabel](#).
- [Registratiekaart](#) 'Openen van een DBC', versie september 2019.

- [NR/CU-717](#), Regeling voorschriften bij verwijzing naar tweedelijns zorgaanbieders.
- [CI/14/3c](#), Toelichting regelgeving MSZ. dd. 21 febr. 2014.
- [CI/14/44c](#), Taakherschikking per 2015 dd. 18 sept. 2014.
- [CI/14/45c](#), Aanspraak en bekostiging in de MSZ, dd. 18 sept. 2014.
- [CI/16/28c](#), Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen ozp stollingsfactoren.
- [CI/18/31c](#), Wijziging aanvraagprocedure add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.

- [Zorgverzekeringswet](#).
- [Wet marktordening gezondheidszorg](#).

- [Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw](#), dd. 26 oktober 2021.
- [Adviesverzoek bekostiging taakherschikking](#), VWS, CZ/EZK.3074405, 18 augustus 2011.