

# REGISTRATIEWIJZER Federatie Medisch Specialisten

## TOELICHTING

### **Waarom een registratiewijzer?**

De Federatie Medisch Specialisten vindt de huidige registratiesystematiek en bijbehorende registratieregels zeer complex. De registratieregels kunnen ruimte geven voor verschillende interpretaties. Ook het meerdere malen per jaar wijzigen van de registratieregels leidt tot onduidelijkheid. De Werkgroep Correct Registreren is gestart om hier meer duidelijkheid in te brengen. De Werkgroep informeert de leden over de bindende regels van de NZa, zoals deze zijn vastgelegd in de beleidsregels. Daarnaast heeft de Werkgroep een registratiewijzer opgesteld om de leden zo specifiek mogelijk te informeren over de toepassing van de regels in de praktijk.

### **Hoe de registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten te gebruiken?**

De registratiewijzer bestaat uit twee delen: een Excel bestand en een Word bestand.

Het Excel bestand bevat een overzicht van de wijzigingen van de regels 2016 ten opzichte van de regels in 2015. Dit bestand geeft een beknopte samenvatting en uitleg van de wijzigingen. Deze uitleg is gecontroleerd en goedgekeurd door de NZa.

Het tweede bestand is een Word 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.

De vragen zijn onderverdeeld in negen categorieën:

1. verwijzing
2. begrippen
3. multidisciplinair
4. onderlinge dienstverlening
5. dagverpleging-polikliniek
6. DBC (zorgtrajecten en zorgactiviteiten)
7. parallelliteit
8. aanspraak (verzekerde/onverzekerde zorg)
9. dure geneesmiddelen

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 DBC-Onderhoud. Dit betreft actuele regelgeving die op dit moment geldig is. De tekst in de tekstvakken is leidend. Onder de tekstvakken staat eventueel nadere informatie en de wijze waarop de tekst uitgelegd wordt. Let wel dat dit een toelichting is op basis van bijvoorbeeld discussies in overleggen tussen betrokken partijen.

### WIJZIGINGEN versie 2.1

#### **Wijzigingen ten opzichte van de vorige registratiewijzers**

In deze registratiewijzer (dd. 16 december 2015 versie 2.1) zijn de volgende algemene wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van de vorige versie (dd. 19 maart 2015 versie 0.1 en dd. 1 september versie 2.0):

- De nieuwe regels en bijbehorende teksten, geldig vanaf 1 januari 2016, zijn toegevoegd voor zover er sprake is van een wijziging.
- Omdat de openingsdatum van een DBC bepaalt welke regels (2015 of 2016) geldend zijn, zijn in dit document beide jaren weergegeven.
- Bij de bronverwijzingen zijn de artikel nummers voor zowel 2015 als 2016 aangegeven.

Naast de algemene wijzigingen zijn de volgende twee belangrijke wijzigingen doorgevoerd in versie 2.0:

- Vraag D2: gewijzigd naar:
  - o D2. Wanneer is **geen** sprake van onderlinge dienstverlening?
- Vraag D5: essentiële wijziging bij doorverwijzing in kader van onderlinge dienstverlening.

#### **Toevoegingen in versie 2.0 ten opzichte van de vorige registratiewijzers (versie 0.1)**

- Toelichtingen bij artikelen zijn aangevuld met de regelgeving van 2016, wanneer de geldigheid van 2015 doorloopt in 2016.
- Er zijn nieuwe vragen met antwoorden toegevoegd. Dit betreffen de vragen genummerd van B18 tot en met B23. Het gaat hier om de volgende vragen:
  - o B18. Wat is de definitie van een ondersteunend specialist?
  - o B19. Welke ondersteunend specialisten kunnen in bepaalde gevallen fungeren als poortspecialist?
  - o B20. Wat zijn de bevoegdheden van arts-assistenten?
  - o B21. Wat is een second opinion?
  - o B22. Hoe worden overige zorgproducten bekostigd?
  - o B23. Wat is de definitie van taakherschikking?
- Er zijn nieuwe en/of aangepaste definities uit de beleidsregel en nadere regel, geldig vanaf 1 januari 2016 toegevoegd. De volgende vragen hebben een toevoeging:
  - o B7, B9, B10.
  - o C1, C3.
  - o D1, D2, D3, D4, D5.
  - o E3, E4, E5, E6.
  - o F1, F3.
  - o H4.
  - o I1, I3, I8, I9, I10, I11, I13.
- Bijlages 15 tot en met 20 zijn toegevoegd of gewijzigd in de definitieve BR en NR 2016:
  - o BR/CU-2147, Prestaties en Tarieven MSZ.
  - o NR/CU-266, Regeling MSZ.
  - o Wijzigingen DBC-release RZ16a v20150701 Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw.

- CI/15/27c, Vaststelling DBC-pakket MSZ 2016 dd. 1 jul. 2015.
- CI/15/39c, Definitie dagverpleging per 2016 dd. 17 jul. 2015.

#### **Toelichtingen ten opzichte van de vorige registratiewijzer**

- Aanvullingen bij of het toevoegen van een nieuwe toelichting (veelal met betrekking tot de regelgeving van 2016) bij de volgende vragen:
  - A6: voetnoot, A7: voetnoot.
  - B6, B7, B9, B10, B16.
  - C1, C3, C4, C6, C7.
  - E1.
  - F8.
  - G3.
  - H4.

#### **Toevoegingen in versie 2.1 ten opzichte van de vorige registratiewijzers (versie 2.0)**

- Er zijn nieuwe vragen met antwoorden toegevoegd. Het gaat hier om de volgende vragen:
  - B24. Wat is de definitie van een teleconsult?
  - F17. Mag een medisch specialist, arts assistent of SEH-arts meerdere DBC's van verschillende poortspecialismen openen tijdens een contact op de SEH?
- Er zijn nieuwe en/of aangepaste definities uit de beleidsregel en nadere regel, geldig vanaf 1 januari 2016 in- of toegevoegd.
  - E1
- Tekstuele toevoegingen/aanpassingen
  - B7
  - D2, D5
  - E1
  - F2
  - G2, G3
- Bijlages 15, 16 en 17 zijn gewijzigd in de definitieve BR en NR 2016.

#### **DISCLAIMER**

Deze registratiewijzer geeft in het Excel bestand een overzicht van de wijzigingen in de beleidsregels en nadere regels geldig vanaf 01-01-2016 ten opzichte van de beleidsregels en nadere regels zoals deze geldig waren in 2015. Het Word 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 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 de afdeling Beroepsbelangen, mw. A.C. van Harderwijk via [ac.vanharderwijk@demedischspecialist.nl](mailto:ac.vanharderwijk@demedischspecialist.nl).

## REGISTRATIEWIJZER

### Inhoud

<b>A. VERWIJZING.....</b>	<b>9</b>
A1. Is een verwijzing verplicht? .....	9
A2. Voor welke soort zorg is geen verwijzing nodig? .....	9
A3. Wie mogen verwijzen? .....	10
A4. Hoe lang is een verwijzing geldig? .....	11
A5. Naar wie kan worden verwezen? .....	11
A6. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op de SEH? .....	12
A7. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op een niet-SEH? .....	12
<b>B. BEGRIPPEN .....</b>	<b>14</b>
B1. Wat wordt verstaan onder het begrip eigen zorgverlener? .....	14
B2. Wat wordt verstaan onder het begrip eigen patiënt? .....	14
B3. Wat wordt verstaan onder het begrip solist? .....	14
B4. Aan welke voorwaarden moet een solist voldoen? .....	15
B4. Wat is de definitie van een hoofdbehandelaar? .....	15
B5. Kan er sprake zijn van meerdere hoofdbehandelaren bij eenzelfde patiënt? .....	16
B6. Wat is de definitie van een poortfunctie? .....	16
B7. Wat is de definitie van een poortspecialist? .....	16
B8. Wat is het onderscheid tussen poortfunctie en poortspecialisme? .....	18
B9. Wat wordt verstaan onder medebehandeling? .....	18
B10. Wat is de definitie van een klinisch intercollegiaal consult? .....	19
B11. Wanneer mag een klinisch intercollegiaal consult geregistreerd worden? .....	20
B12. Wanneer moet een intercollegiaal consult omgezet worden naar medebehandeling? .....	20
B13. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgvraag? .....	21
B14. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgactiviteit? .....	22
B15. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgproduct? .....	23
B16. Wat wordt verstaan onder overige zorgproducten? .....	23

B17. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgtraject? .....	24
B18. Wat is de definitie van een ondersteunend specialist? .....	24
B19. Welke ondersteunend specialisten kunnen in bepaalde gevallen fungeren als poortspecialist?.....	24
B20. Wat zijn de bevoegdheden van arts-assistenten? .....	25
B21. Wat is een second opinion? .....	26
B22. Hoe worden overige zorgproducten bekostigd? .....	26
B23. Wat is de definitie van taakherschikking?.....	27
B24. Wat is de definitie van een teleconsult? .....	28
<b>C. MULTIDISCIPLINAIR.....</b>	<b>29</b>
C1. Wat is de definitie van multidisciplinair consult? .....	29
C2. Wie mag een multidisciplinair consult registreren?.....	30
C3. Wat is de definitie van multidisciplinair overleg? .....	30
C4. Wie mag een multidisciplinair overleg registreren? .....	31
C5. Wanneer mag er geen multidisciplinair overleg geregistreerd worden?.....	32
C6. Hoe moet de participatie van (poort)specialisten bij een multidisciplinair overleg en multidisciplinair consult worden geregistreerd?.....	33
C7. Wat is de definitie van multidisciplinaire behandeling? .....	33
C8. Hoe moet een multidisciplinaire behandeling geregistreerd worden?.....	35
<b>D. ONDERLINGE DIENSTVERLENING .....</b>	<b>36</b>
D1. Wat wordt verstaan onder onderlinge dienstverlening? .....	36
D2. Wanneer is geen sprake van onderlinge dienstverlening?.....	37
D3. Hoe wordt de onderlinge dienstverlening geregistreerd? .....	38
D4. Hoe wordt onderlinge dienstverlening gedeclareerd? .....	38
D5. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder, eindigt dan de onderlinge dienstverlening?.....	41
D6. Is het toegestaan dat twee instellingen een zorgtraject openen indien er sprake is van uitbesteding van diagnostiek aan een ander ziekenhuis? .....	42
<b>E. DAGVERPLEGING - POLIKLINIEK .....</b>	<b>43</b>
E1. Wat is de definitie van dagverpleging?.....	43
E2. Wat is de definitie van een verpleegdag?.....	44

E3. Wat is de definitie van polikliniekbezoek? .....	44
E4. Wat is definitie van een eerste polikliniek bezoek? .....	45
E5. Wie mag een eerste polikliniekbezoek registreren? .....	46
E7. Wanneer mag een polikliniekbezoek (niet zijnde 'eerste') geregistreerd worden? .....	48
E8. Wanneer mag een polikliniekbezoek niet geregistreerd worden? .....	48
E9. Wat valt niet onder een polikliniekbezoek? .....	48
E10. Mag bij een verrichting een polikliniekbezoek geregistreerd worden? .....	49
E11. Wanneer mogen er op één dag meerdere polikliniekbezoeken geregistreerd worden? .....	50
E12. Mag een screen-to-screen beeldcontact geregistreerd worden als vervanging voor een fysiek herhaalconsult? .....	50
E13. Mag naast een spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling een polikliniekbezoek worden vastgelegd? .....	51
E14. Mag naast een spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis een polikliniekbezoek worden vastgelegd? .....	51
<b>F. DBC (ZORGTRAJECTEN EN ZORGACTIVITEITEN) .....</b>	<b>52</b>
F1. Wat is de startdatum van het zorgtraject? .....	52
F2. Wat is de startdatum van een zorgtraject als deze voortvloeit uit een overig zorgproduct?..	52
F3. Wie mag een zorgtraject openen, sluiten en declareren? .....	53
F4. Wanneer mag een zorgtraject worden geopend door een tweede poortspecialist? .....	55
F5. Wanneer wordt een zorgtraject gesloten? .....	55
F6. Welke zorg moet worden geregistreerd? .....	56
F7. Wanneer kunnen activiteiten in de DBC geregistreerd worden? .....	57
F8. Wanneer wordt een DBC-subtraject gesloten? .....	57
F9. Welke activiteiten worden in het DBC-subtraject geregistreerd? .....	59
F10. Wat houdt de registratieverplichting van de ICD10 in? .....	59
F11. Wie registreert/declareert een controle na een opname/ingreep? .....	60
F12. Wanneer mogen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij doorverwijzing? .....	60
F13. Hoe verloopt de registratie na een behandeling bij een zorgaanbieder als patiënt daarna weer wordt terugverwezen naar de oorspronkelijke zorgaanbieder? .....	61
F14. Hoe moet een complicatie of heroperatie geregistreerd worden? .....	61
F15. Is het een voorwaarde dat voor elk zorgtraject sprake moet zijn van een eigen zorgvraag, eigen diagnose en eigen behandeling? .....	62

F16. Kan een diagnosecode gewijzigd worden in de loop van een zorgtraject? .....	63
F17. Mag een medisch specialist, arts-assistent of SEH-arts meerdere DBC's van verschillende poortspecialismen openen tijdens een contact op de SEH? .....	63
<b>G. PARALLELLITEIT .....</b>	<b>67</b>
G1. Wat is een parallel zorgtraject? .....	67
G2. Wanneer mag een parallel zorgtraject bij twee of meer zorgvragen worden geopend?.....	67
G3. Wanneer mag een parallel zorgtraject bij dubbelzijdige aandoeningen worden geopend? ..	70
G4. Wanneer mag een ander poortspecialisme een (parallel) zorgtraject openen? .....	73
G5. Zijn er uitzonderingen wat betreft het openen van meerdere zorgtrajecten?.....	74
G6. Kan de diagnose van een subtraject gewijzigd worden omdat een parallel zorgtraject is uitgesloten op basis van de Diagnose Combinatie Tabel? .....	74
G7. Is het toegestaan om meerdere zorgtrajecten te openen als een patiënt onder behandeling is van een poortspecialisme en aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd door een ander poortspecialisme? .....	74
G8. Hoe moeten verpleegdagen gekoppeld worden binnen één specialisme tijdens een klinische periode? .....	75
<b>H. AANSPRAAK (VERZEKERDE / ONVERZEKERDE ZORG) .....</b>	<b>76</b>
H1. Wat betekent het als een zorgactiviteit een 'aanspraak' kent?.....	76
H2. Wat betekent een aanspraak code?.....	76
H3. Wat betekent het als een zorgactiviteit een rode of oranje kleur heeft?.....	77
H4. Wat betekent het als in een subtraject ook zorgactiviteiten zijn geregistreerd die niet onder de basisverzekering vallen?.....	79
<b>I. DURE GENEESMIDDELEN .....</b>	<b>80</b>
I1. Algemene informatie en bronnen.....	80
I2. Waarom is het beleid t.a.v. dure geneesmiddelen aangepast?.....	81
I3. Wat is er veranderd t.a.v. de aanvraag voor een add-on voor een duur geneesmiddel? .....	81
I4. Wat geldt voor de registratie en aanspraak voor add-on geneesmiddelen? .....	82
I5. Wat geldt voor de declaratie van een duur geneesmiddel dat als add-on geldt? .....	83
I6. Hoe wordt een duur geneesmiddel vergoed? .....	83
I7. Wat betekent het als een geneesmiddel een add-on is geworden voor registratie en declaratie?.....	84
I8. Wanneer is het zinvol om voor een geneesmiddel een add-on aanvraag te doen? .....	85

19. Wat is de aanvraag en beoordelingsprocedure voor dure geneesmiddelen als add-on? .....	86
110. Waar is te vinden welke aanvragen voor add-on er lopen? .....	87
111. Waar is te vinden welke dure geneesmiddelen als add-on gelden? .....	87
112. Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on lijsten? .....	88
113. Wat houdt het (integraal) tarief voor een add-on in? .....	89
114. Wat is de regel als er een indicatie als add-on wordt toegevoegd waarvoor het geneesmiddel NIET geregistreerd is? .....	90
115. Wie neemt de besluiten ten aanzien van add-on aanvragen? .....	90
116. Tegen welke problemen kan men aanlopen bij de registratie en declaratie? .....	90
117. Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on lijsten bij de registratie? .....	91
118. Wat betekent een tabel waarin staat voor welke indicaties een geneesmiddel is geregistreerd? .....	91

## BIJLAGES

- Bijlage 1: [BR/CU-2136](#), Prestaties en Tarieven MSZ.
- Bijlage 2: [NR/CU-260](#), Regeling MSZ.
- Bijlage 3: [CI/14/3c](#), Toelichting regelgeving MSZ. dd. 21 febr. 2014.
- Bijlage 4: [CI/14/44c](#), Taakherschikking per 2015 dd. 18 sept. 2014.
- Bijlage 5: [CI/14/45c](#), Aanspraak en bekostiging in de MSZ. dd. 18 sept. 2014.
- Bijlage 6: [B-14-2874-gsal1](#), Rechtstreeks verwijzen door jeugdartsen. dd. 11 maart 2014
- Bijlage 7: [Algemene Toelichting Registratieregels](#). Versie 20141113.
- Bijlage 8: [Verboden Toegestaan Lijst](#).
- Bijlage 9: [Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw](#).
- Bijlage 10: [Indeling zorgprofielklassen](#).
- Bijlage 11: [Informatiebrief add-on bekostiging en dure geneesmiddelen](#).
- Bijlage 12: [Handboek gebruik zorgactiviteiten](#). Versie 20140521.
- Bijlage 13: [Registratieaddendum](#).
- Bijlage 14: [Diagnose Combinatie Tabel 2015](#).
- Bijlage 15: [BR/CU-2147](#), Prestaties en Tarieven MSZ.
- Bijlage 16: [NR/CU-266](#), Regeling MSZ.
- Bijlage 17: [Wijzigingen DBC release RZ16b v20151119](#).
- Bijlage 18: [Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw](#).
- Bijlage 19: [CI/15/27c](#), Vaststelling DBC-pakket MSZ 2016 dd. 1 jul. 2015.
- Bijlage 20: [CI/15/39c](#), Definitie dagverpleging per 2016 dd. 17 jul. 2015.



## A. VERWIJZING

### **A1. Is een verwijzing verplicht?**

In artikel 14 lid 2 van de Zorgverzekeringswet staat dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst opnemen dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die modelovereenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

*Bron: Toelichting regelgeving MSZ, CI/14/3c, Zorgverzekeringswet.  
Geldigheid: tot op heden.*

Ja, voor de toegang tot medisch specialistische zorg is vooraf een verwijzing nodig.

### **A2. Voor welke soort zorg is geen verwijzing nodig?**

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

*Bron: BR/CU-2136, art. 15.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Voor acute zorg is geen verwijzing noodzakelijk.

In artikel 14 lid 2 van de Zorgverzekeringswet staat dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst opnemen dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die modelovereenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

*Bron: Toelichting regelgeving MSZ, CI/14/3c, Zorgverzekeringswet.  
Geldigheid: tot op heden.*

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).”

- VWS:  
*“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.

**LET OP:**

Vanaf 2016 is het verplicht om de extra ZA-codes voor acute zorg op SEH (190015) en acute zorg op niet-SEH (190016) additief te vermelden op de nota. Deze codes gelden niet als polibezoek en dienen dus naast het polibezoek te worden geregistreerd.

### **A3. 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: Toelichting regelgeving MSZ, CI/14/3c, Zorgverzekeringswet.*

*Geldigheid: tot op heden.*

Jeugdartsen mogen vanaf 1 januari 2014 patiënten rechtstreeks verwijzen naar medisch specialisten. Alle zorgverzekeraars hebben besloten jeugdartsen te erkennen als verwijzer.

*Bron: Brief ZN dd. 11 maart 2014, kenmerk: B-14-2874-gsal1.*

*Geldigheid: tot op heden.*

**LET OP:**

Verzekeraars hebben daarnaast de mogelijkheid om in hun polis op te nemen welke andere professionals ook mogen verwijzen.

Het verschilt dus per zorgverzekeraar en mogelijk ook per polis welke beroepsgroep wordt geaccepteerd als verwijzer.

ZN publiceert meestal op haar website een overzicht van de verschillende verzekeraars en de beroepsgroepen die in bepaalde gevallen mogen verwijzen.

#### **A4. Hoe lang is een verwijzing geldig?**

Er is geen wettelijke termijn gesteld aan de geldigheid van een verwijzing. Over het algemeen houden zorgverzekeraars de termijn van maximaal 1 jaar aan. Dit kan per zorgverzekeraar verschillen.

**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 van maximaal 3 jaar de patiënt onder controle blijven en is de verwijzer: 'eigen'.

Voor chronische patiënten die 1-jaarlijks of 2-jaarlijks een instelling in het kader van dezelfde zorgvraag bezoeken, hoeven niet een nieuwe verwijzing van de eerstelijns te halen. Een nieuwe verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder is niet nodig op het moment dat onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist het noodzakelijk is om de patiënt in het kader van de behandeling structureel terug te laten komen bij een medisch specialist. De patiënt is in deze situatie nog niet uitbehandeld.

*Bron: Verboden Toegestaan-lijst. Nr. 56.*

*Geldigheid: tot op heden.*

#### **A5. Naar wie kan worden verwezen?**

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

*Bron: NR/CU-717.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2014 tot op heden.*

Dit kunnen zijn:

- Poortspecialist
- Iemand die de poortfunctie uitoefent

**LET OP:**

Er is onderscheid te maken in naar wie wordt verwezen versus wie wat mag registreren. Zo staat de arts-assistent van medisch specialist en van de SEH-arts wel vernoemd in artikel wie een polibezoek

mogen registeren (BR art. 11.1), maar weer niet expliciet vernoemd binnen het begrip poortfunctie (BR art. 7.27).

#### **A6. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op de SEH?**

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

*Bron: Toelichting regelgeving MSZ, Cl/14/3c, Zorgverzekeringswet.*

*Geldigheid: tot op heden.*

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).*
- VWS:  
*“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).”*

#### **LET OP:**

Vanaf 2016 is het verplicht\* om de extra za-codes voor acute zorg op SEH (190015) en acute zorg op niet-SEH (190016) additief te vermelden op de nota. Deze codes gelden niet als polibezoek en dienen dus naast het polibezoek te worden geregistreerd.

Deze verplichting is wel uitgesproken in het Technisch Overleg tussen veldpartijen, maar formeel nog niet vastgelegd in de regelgeving 2016.

#### **A7. Is een verwijzing noodzakelijk bij een acute zorgvraag op een niet-SEH?**

Voor acute zorg is geen verwijzing noodzakelijk.

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).”*
- VWS:  
*“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 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.

**LET OP:**

Vanaf 2016 is het verplicht om de extra za-codes voor acute zorg op SEH (190015) en acute zorg op niet-SEH (190016) additief te vermelden op de nota. Deze codes gelden niet als polibezoek en dienen dus naast het polibezoek te worden geregistreerd.

Deze verplichting is wel uitgesproken in het Technisch Overleg tussen veldpartijen, maar formeel nog niet vastgelegd in de regelgeving 2016.

## B. BEGRIPPEN

### **B1. Wat wordt verstaan onder het begrip 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.

*\* Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).*

*Bron: BR/CU 2136, art. 7; BR/CU 2147 art. 3, lid m.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **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.

### **B2. Wat wordt verstaan onder het begrip 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.

*\* Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).*

*Bron: BR/CU 2136, art. 7; BR/CU 2147 art. 3, lid l.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **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.

### **B3. 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/CU 2136, art. 7. ; BR/CU 2147 Art 3, lid ee.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **B4. Aan welke voorwaarden moet een solist voldoen?**

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/CU 2136, art. 20. ; BR/CU 2147 Art 3, lid ee.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

##### **Toelichting:**

Art. 20 (BR/CU-2136) geeft nadere voorwaarden waaraan een medisch specialist moet voldoen om aangemerkt te kunnen worden als solist c.q. solopraktijk.

Art. 13 (NR-260) geeft nadere voorwaarden voor solisten met betrekking tot declaratiebepalingen.

Art. 19 (NR-260) gaat in op de informatieverplichting voor solisten.

#### **B4. Wat is de definitie van een hoofdbehandelaar?**

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 7. ; BR/CU 2147 art 3, lid p.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

##### **Toelichting:**

Hoofdbehandelaar is die zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject (openen / typeren / registreren / sluiten) plaatsvinden. Die verantwoordelijkheid kan zich dus ook uitstrekken tot gedragingen van andere zorgverleners.

Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.

### **B5. Kan er sprake zijn van meerdere hoofdbehandelaren bij eenzelfde patiënt?**

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

*Bron: NR/CU 260, art. 7. ; NR/CU-266 art 5, lid 2.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **B6. Wat is de definitie van een 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: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

*Bron: BR/CU 2136, art. 7.; BR/CU 2147 art. 3 lid bb.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **Toelichting:**

In de huidige NZa regelgeving voor 2015 staat de arts-assistent niet expliciet benoemd, met uitzondering van de definitie van polikliniekbezoek.

De NZa heeft de positie van de arts-assistent expliciet gemaakt in de regelgeving voor 2016.

### **B7. Wat is de definitie van een poortspecialist?**

Een poortspecialist is de medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg.

Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden:

oogheelkunde, KNO, heelkunde/chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, neurochirurgie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde/neonatologie, gastro-enterologie/MDL, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie, radiotherapie.

*Bron: BR/CU 2136, art. 7;*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.*



**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.

In de huidige NZa regelgeving staat de arts-assistent niet expliciet benoemd, met uitzondering van de definitie van polikliniekbezoek.

Vanaf 2016 is de positie van de arts-assistent echter wel duidelijker omschreven.

**LET OP:**

Vanaf 1 januari 2016 zijn sportartsen ook poortspecialisten.

Een poortspecialist is de medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg.

Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden:

oogheelkunde, KNO, heekunde/chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, neurochirurgie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde/neonatalogie, gastro-enterologie/MDL, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie, radiotherapie en sportgeneeskunde.

*Bron: BR/CU 2147 art. 3 lid cc.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

**Toelichting:**

In de circulaire CI/15/27c gaat de NZa nader in op deze wijziging.

De sportarts kan vanaf 1 januari 2016 DBC-zorgproducten openen en polikliniekbezoeken registreren.

De aanleiding hiervoor is de erkenning van sportgeneeskunde als geneeskundig specialisme en de aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de NZa om prestaties en tarieven vast te stellen voor deze vorm van zorg. In juni 2015 heeft het College Geneeskundige Specialismen (CGS) het voorgenomen besluit genomen om het specialisme sportgeneeskunde te erkennen als medisch specialisme. Vervolgens heeft de Minister van VWS ons middels een opdrachtbrief verzocht op dit besluit te anticiperen in de regelgeving 2016. Om die reden nemen wij de sportarts op als poortspecialist in de regelgeving 2016, inclusief een voorbehoud voor het geval dat de definitieve besluitvorming over de erkenning van de sportarts als medisch specialisme niet vóór 1 januari 2016 plaats vindt.

Het voorbehoud dat in bovenstaande tekst uit circulaire CI/15/27c bij de RZ16a gemaakt werd over de sportarts als medisch specialist is in de RZ16b verwijderd. Dit aangezien de Minister van VWS inmiddels definitief besloten heeft om de sportarts per 1 januari 2016 aan te merken als medisch specialist.

## **B8. 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 en physician assistant.

*Poortspecialist:* een poortspecialist is de medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. In sommige gevallen kan een poortspecialist ook als ondersteunend specialist werken (bijvoorbeeld internist die (diagnostische) scopie uitvoert).

*Bron: BR/CU 2136, art. 7. ; BR/CU 2147 art 3, bb.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **Toelichting:**

Een poortfunctie is iets anders dan een poortspecialist.

Een poortspecialist is een medisch specialist. Er zijn echter ook andere beroepsbeoefenaren die een zorgtraject kunnen openen, zoals een PA, VS of SEH-arts. 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).

Soms staat er nadrukkelijk alleen de poortspecialist vermeld, en soms wordt de SEH arts, PA en VS expliciet daar wel of niet bij vermeld. Die laatste mogen niet in alles de taken van medisch specialist overnemen; met name niet de klinische zaken als ICC, medebehandeling.

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.

## **B9. Wat wordt verstaan onder medebehandeling?**

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.; NR/CU-266 art 24, lid 46*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**Toelichting:**

Zie voor nadere informatie over registratie van ICC en wijziging in medebehandeling ook NR/CU art. 8.4.

**LET OP:**

In de regelgeving in 2016 is de arts-assistent expliciet benoemd bij de definitie van medebehandeling. Het betreft hier géén wijziging; deze regel geldt ook in 2015.

Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per consult in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

Bron: NR/CU-266 Art. 24 lid 46.

Geldigheid: vanaf 1-1-2016.

**B10. Wat is de definitie van een klinisch intercollegiaal consult?**

**Toelichting 2015:**

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

Bron: BR/CU 2136, art. 11.

Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.

**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.

Voor 2016 is deze regel uitgebreid met arts-assistent.

**Toelichting 2016:**

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (**of arts-assistent**) op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

Bron: NR/CU-266 Art. 24 lid 45.

Geldigheid: vanaf 1-1-2016.

**LET OP:**

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

Zie voor nadere info over registratie van ICC en wijziging in medebehandeling ook NR/CU art 8.4.

### **B11. Wanneer mag een klinisch intercollegiaal consult geregistreerd worden?**

Een klinisch intercollegiaal consult (ICC) mag alleen geregistreerd worden bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of IC-behandeldagen zijn geregistreerd.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11. ; NR/CU-266 art 7.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Zie voor nadere informatie over registratie van ICC en wijziging in medebehandeling ook NR/CU art. 8.4.

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.

*Bron: Algemene Toelichting Registratieregels, Versie 20140717, ad 3.1.2.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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: Algemene Toelichting Registratieregels, Versie 2014071, ad 3.1.2.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **B12. Wanneer moet een intercollegiaal consult omgezet worden naar medebehandeling?**

Een zorgtraject met subtraject ZT13 (Intercollegiaal consult) 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  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **Toelichting:**

Dit betekent dat:

- Als een ICC meerdere contacten gaat krijgen wordt het medebehandeling. Dit is een regulier zorgtraject met type 11 en kan doorlopen tot na de opname.
- Als een reeds lopende behandeling (vooraf gaande 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 (vooraf gaande 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 (vooraf gaande 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 (vooraf gaande 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<sup>e</sup> diagnose niet voorkomt in combinatie met de 1<sup>e</sup> op de DCT lijst. Anders zal men die medebehandeling moeten onder brengen in de lopende DBC.

#### **B13. 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: Circulaire CI/14/3c.*

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

#### **B14. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgactiviteit?**

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 7. ; BR/CU 2147 art 3, nn*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **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 wanneer, welke zorgactiviteit, onder welke voorwaarden kan worden vastgelegd.

In de nadere regel MSZ is het volgende opgenomen:

De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.

Onder vastleggen wordt hier ook een juiste vertaling van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten bedoeld.

*Bron: NR/CU 260, art. 7. ; BR/CU 2147 art 5.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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

Zorgactiviteiten worden ingedeeld naar zorgprofielklasse. Dit is van belang omdat er bij bepaalde regelgeving voorwaarden kunnen gelden afhankelijk van de profielklasse.  
Zie b.v. NR/CU art 8.1.a. bij voorwaarden voor parallelle zorgtrajecten.

Een overzicht van de zorgprofielklassen is te vinden in bijlage 6.

### **B15. 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/CU 2136, art. 7. ; BR/CU 2147 art 3 lid oo.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **B16. Wat wordt verstaan onder overige zorgproducten?**

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 12; BR/CU 2147 art. 7.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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

*Bron: NR/CU-260, art. 6.26. ; BR/CU 2147 art 3 lid aa*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot heden.*

#### **Toelichting:**

De definitie van overige zorgproducten is in 2016 niet gewijzigd.

De 4 hoofdcategorieën van de zorgproducten zijn:

1. Supplementaire producten
2. Eerstelijnsdiagnostiek
3. Paramedische behandeling en onderzoek
4. Overige verrichtingen

Add-on dure geneesmiddelen en add-on IC vallen onder categorie 1.

### **B17. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgtraject?**

Een zorgtraject typeert 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/CU 2136, art. 7. ; BR/CU 2147 art 3, lid qq.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **Toelichting:**

De regelgeving t.a.v. het openen en sluiten van een zorgtraject staan in NR/CU-260 in art. 8 resp. 11. De regelgeving t.a.v. het openen en sluiten van subtrajecten (als onderdeel van een zorgtraject) staan in NR/CU art 9. resp. 10.

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.

### **B18. Wat is de definitie van een ondersteunend specialist?**

Een ondersteunend specialist is een specialist die niet als poortspecialist fungeert. Een ondersteunend specialist voert medisch specialistische handelingen uit in het kader van het zorgtraject van een poortspecialist en heeft geen eigen zorgtraject. In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel fungeren als poortspecialist en is er sprake van een eigen zorgtraject, namelijk bij radiologie, anesthesiologie en klinische genetica. Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie, nucleaire geneeskunde, klinische chemie, medische microbiologie, pathologie, anesthesiologie en klinische genetica.

*Bron: NR/CU 260, art. 6.25; NR/CU-266 art. 3 lid z.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **Toelichting:**

De definitie van ondersteunend specialist is in 2016 niet gewijzigd.

### **B19. Welke ondersteunend specialisten kunnen in bepaalde gevallen fungeren als poortspecialist?**

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



*Bron: BNR/CU 260, art. 6.25. ; NR/CU-266 art. 3 lid z.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## **B20. Wat zijn de bevoegdheden van arts-assistenten?**

### **Toelichting 2015:**

Een arts-assistent registreert onder de AGB-code van de medisch specialist. De medisch specialist blijft in dit geval verantwoordelijk voor een juiste registratie.

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

In **2015** was de arts-assistent niet expliciet benoemd in de poortfunctie.

De Beleidsregel BR/CU-2136 benoemt echter wel de arts assistent. Een arts-assistent kan de volgende zorgtrajecten openen:

- Eerste polikliniekbezoek en herhaal polikliniekbezoek (art. 11.1)
- Screen-to-screen beeldcontact ter vervanging van een fysiek herhaalconsult (art. 11.3)
- Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (art. 11.24)
- Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (art. 11.25)
- Medebehandeling (art. 11.27)
- Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (11.28)

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 en physician assistant.

*Bron: BR/CU 2136, art. 7.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.*

### **Toelichting 2016:**

In 2016 kan de arts-assistent naast bovengenoemde zorgtrajecten, tevens een (klinisch) intercollegiaal consult (ICC) openen.

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: arts assistent, klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

*Bron: BR/CU 2147, art. 3 lid bb.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2016 tot op heden.*

### **B21. Wat is een second opinion?**

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

*BR/CU 2136 art. 11. 28.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.*

#### **Toelichting:**

Taakherschikkers, physician assistants, verpleegkundig specialisten en SEH-artsen mogen géén second opinion uitvoeren. Een arts-assistent mag dit dus wel.

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

*Bron: NR/CU 266, art. 24 lid 47.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

#### **Toelichting:**

Taakherschikkers, physician assistants, verpleegkundig specialisten en SEH-artsen mogen géén second opinion uitvoeren. Een arts-assistent mag dit dus wel.

### **B22. Hoe worden overige zorgproducten bekostigd?**

In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Dat wil zeggen dat de tarieven voor deze vormen van zorg vastgesteld zijn. Er zijn echter ook OZP's die behoren tot het vrije segment en derhalve een vrij tarief kennen.

De volgende overige zorgproducten behoren tot het vrije segment en kennen derhalve een vrij tarief:

- extramurale dieetadvisering;
- fysiotherapie;

- oefentherapie;
- bijbetaling aandeel onverzekerde zorg.

*BR/CU 2147 art. 11.3.  
Geldig: vanaf 1-1-2016.*

**Toelichting:**

Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg betreft vooralsnog zorg met betrekking tot bepaalde behandelingen van varices en gebruik van implantlenzen.

**B23. 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: Circulaire NZa CI/14/44c Taakherschikking per 2015, 18 september 2014.*

**Toelichting:**

De medisch specialist, de SEH-arts, de verpleegkundig specialist en de physician assistant maken gebruik van dezelfde bestaande zorgactiviteiten. Per 2015 kunnen deze beroepsbeoefenaren dan ook onder meer een polikliniekbezoek en dagverpleging registreren.

De verpleegkundig specialist, physician assistant en SEH-arts kunnen met ingang van 1 januari 2015 de poortfunctie uitoefenen. Deze beroepsbeoefenaren kunnen naast de poortspecialismen zelf een DBC-zorgproduct openen en sluiten.

**Registratiebepalingen**

- De verpleegkundig specialist, physician assistant en SEH-arts maken gebruik van de typeringslijst van het poortspecialisme waarbinnen zij werkzaam zijn.
- Als een poortspecialist en een physician assistant, verpleegkundig specialist of SEH-arts dezelfde zorgvraag van een patiënt behandelen, mag er maar één zorgtraject worden geopend.
- Parallele DBC's binnen één verantwoordelijk poortspecialisme zijn niet toegestaan.

Bron: Circulaire NZa CI/14/44c Taakherschikking per 2015, 18 september 2014 (bijlage 4).

**B24. Wat is de definitie van een teleconsult?**

Een consult, m.u.v. screen-to-screen beeldcontact, waarbij een patient in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist of SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert op afstand. Een teleconsult kan wel geregistreerd worden maar draagt niet bij in de afleiding van een zorgproduct.

*Bron: NR/CU-266 art 24 lid 8*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016 tot op heden.*

## C. MULTIDISCIPLINAIR

### C1. Wat is de definitie van multidisciplinair consult?

#### Toelichting 2015:

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd(\*) en maakt deel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC zorgproduct.

*(\*) Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair consult telt dit als één AGB-specialisme. Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.*

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.*

Het beoordelingsrapport DBC pakket 2015 geeft een nadere uitleg. Er is overeengekomen dat 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.

#### Toelichting 2016:

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren **en/of ondersteunende specialisten** van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct. **Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.**

*Bron: NR/CU 266, art. 24 lid 42.*

*Geldig: vanaf 1-1-2016.*

Ten opzichte van 2015 is de definitie uitgebreid.

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

## **C2. Wie mag een multidisciplinair consult registreren?**

Een multidisciplinair consult is een activiteit die door iedere betrokken beroepsbeoefenaar kan worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11. ; NR/CU-266 art 24 lid 42.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd\* en maakt deel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC zorgproduct.

*\* Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair consult telt dit als één AGB-specialisme. Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.*

*Bron: BR/CU 2136, art. 11. ; NR/CU-266 art 24 lid 42.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **Toelichting:**

Het beoordelingsrapport DBC pakket 2015 geeft een nadere uitleg. Er is overeengekomen dat 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.

## **C3. Wat is de definitie van multidisciplinair overleg?**

### **Toelichting 2015:**

Een multidisciplinair overleg wordt door de NZa ook wel 'multidisciplinaire bespreking (MDB)' genoemd. Dit zijn twee termen voor hetzelfde begrip.

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015 .*

In de bovenstaande definitie wordt melding gemaakt dat het gaat om minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van drie verschillende AGB-specialismen. Ten aanzien van de AGB-specialismen wordt géén onderscheid gemaakt tussen een poortspecialisme of een ondersteunend specialisme.

Het beoordelingsrapport DBC pakket 2015 geeft een nadere uitleg. Er is overeengekomen dat 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.

#### **Toelichting 2016:**

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

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 kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. **Per multidisciplinair overleg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.**

*Bron: NR/CU 266, art. 24 lid 40.*

*Geldig: vanaf 1-1-2016.*

Ten opzichte van 2015 is de definitie voor 2016 uitgebreid.

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

#### **C4. Wie mag een multidisciplinair overleg registreren?**

Deze activiteit kan door iedere betrokken specialist worden vastgelegd (\*) en maakt onderdeel uit van het DBC- zorgproduct van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking.

*(\*) Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair overleg telt dit als één AGB-specialisme. Per multidisciplinair overleg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.*

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.; NR/CU 266, art. 24 lid 40.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**Toelichting:**

Het beoordelingsrapport DBC pakket 2015 geeft een nadere uitleg. Er is overeengekomen dat 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.

De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC zorgproduct.

Het Handboek Gebruik Zorgactiviteiten vermeldt hierover het volgende:

De multidisciplinair overleg -zorgactiviteiten worden gekoppeld aan het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar van de zorgvraag die tijdens het multidisciplinair overleg ter sprake komt. Wanneer een multidisciplinair overleg plaatsvindt tussen een chirurg (hoofdbehandelaar), een KNO-arts en een internist, dan wordt drie keer de verrichting multidisciplinair overleg vastgelegd. Aanvrager is chirurg, uitvoerder respectievelijk chirurg, KNO-arts en internist. Ook al hebben de KNO-arts en de internist een eigen DBC zorgproduct, de multidisciplinaire overleggen worden altijd binnen één DBC-zorgproduct geregistreerd.

**LET OP:**

Het Handboek Gebruik Zorgactiviteiten als geheel maakt geen onderdeel uit van formele wet- en regelgeving. DBC-Onderhoud levert dit als extra service in de vorm van een informatieproduct uit. Aan de teksten in dit document, kunnen daarom geen rechten worden ontleend. De geldigheid is vanaf 1-6-2014 tot op heden.

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

De zorgactiviteit multidisciplinair overleg slechts éénmaal per multidisciplinair overleg per specialisme geregistreerd worden. Per 2016 is deze voetnoottekst uit BR/CU-2136 bij art 11/21 in de basistekst opgenomen; zie *NR/CU-266 art 24 lid 40*.

**C5. Wanneer mag er geen multidisciplinair overleg geregistreerd worden?**

Het Handboek Gebruik Zorgactiviteiten vermeldt hierover het volgende:

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.

**LET OP:**

Het Handboek Gebruik Zorgactiviteiten als geheel maakt geen onderdeel uit van formele wet- en regelgeving. DBC-Onderhoud levert dit als extra service in de vorm van een informatieproduct uit. Aan de teksten in dit document, kunnen daarom geen rechten worden ontleend. De geldigheid is vanaf 1-6-2014 tot op heden.



## **C6. 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: CI/14/3c NZa.*

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

### **Toelichting:**

Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

Per multidisciplinair overleg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

## **C7. Wat is de definitie van multidisciplinaire behandeling?**

### **Toelichting 2015:**

Soms zijn bij de zorg voor een patiënt meerdere specialismen betrokken. In bepaalde situaties mogen deze specialismen een eigen zorgtraject openen. De basisregel hiervoor staat in de nadere regel MSZ: *'Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.'*

Om als specialisme een eigen zorgtraject te openen dient er dus altijd sprake te zijn van:

- hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist, én;
- een zorgvraag, én;
- eigen diagnosestelling, én;
- eigen behandeling.

Het element zorgvraag verschilt dan doorgaans per specialisme, behalve als er sprake is van multidisciplinaire behandeling. Dan is alleen het element zorgvraag gelijk over de specialismen.

In de nadere regel MSZ is onder het kopje 'Toelichting DBC-registratie' het volgende opgenomen ten aanzien van een multidisciplinaire behandeling:

*'De DBC-registratie gaat uit van zorgtrajecten per specialisme. Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling waarbij meer poortspecialismen betrokken zijn. In dat geval opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen diagnosestelling én behandeling.'*

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

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

**LET OP:**

Er hoeft dus bij multidisciplinaire behandeling **geen** sprake te zijn van een eigen zorgvraag.

Van multidisciplinaire behandeling is alleen sprake op het moment dat de patiënt door twee (of meer) poortspecialismen behandeld wordt voor dezelfde zorgvraag. Dit is dan ook een situatie waarin beide poortspecialismen hoofdbehandelaar zijn.

Wanneer sprake is van diagnostiek door het ene specialisme en behandeling door het andere specialisme mag er volgens de huidige regelgeving één zorgtraject worden gedeclareerd.

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

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

**LET OP:**

Hier staat expliciet dat er **geen** sprake hoeft te zijn van eigen diagnose. Immers bij multidisciplinair kan de diagnose door anderen zijn gesteld.

Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

*Bron: NR/CU-260, art 7, voetnoot 14.; NR/CU-266 art 5 lid 3.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**LET OP:**

Een andere uitzondering op de voorwaarde eigen diagnostiek én behandeling is als er sprake is van doorverwijzing van het ene specialisme naar het andere specialisme, zonder dat het eerste specialisme met de behandeling is begonnen: dan heeft diagnostiek door het ene poortspecialisme plaatsgevonden, waarna definitief wordt doorverwezen naar het andere poortspecialisme voor 'alleen' behandeling.

Op verzoek van zorgverzekeraars en zorgaanbieders heeft de NZa besloten op dit punt coulerie toe te passen voor de jaren 2012 t/m 2014 ten aanzien van de situaties waarbij de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander specialisme, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar.

Indien in die situatie ook door de verwijzende hoofdbehandelaar een zorgtraject is geregistreerd, zal de NZa hier niet handhavend tegen optreden.

*Bron: Verboden Toegestaan lijst. Nr. 38.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**Toelichting 2016:**

Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar een eigen behandeling uitvoeren. In dat geval opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject.

2. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend.

*Bron: NR/CU-266, art. 5.b.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

**C8. Hoe moet een multidisciplinaire behandeling geregistreerd worden?**

Daarbij hebben wij wel een registratiebepaling opgesteld die aangeeft dat als een poortspecialist en een physician assistant, verpleegkundig specialist of SEH-arts dezelfde zorgvraag van een patiënt behandelen, er één zorgtraject mag worden geopend. Parallele DBC's binnen één verantwoordelijk poortspecialisme zijn niet toegestaan. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste typering van het DBC zorgproduct. Deze bepaling is opgesteld om dubbele declaratie van DBC zorgproducten te voorkomen als er alleen sprake is van taakdelegatie (in plaats van taakherschikking).

*Bron: Circulaire CI/14/44c.  
Geldigheid: vanaf 18-9-2014 tot op heden.*

**Toelichting:**

De registratiebepaling geeft aan dat als een poortspecialist en een physician assistant, verpleegkundig specialist of SEH-arts dezelfde zorgvraag van een patiënt behandelen, er één zorgtraject mag worden geopend.

Als een deel van de zorg in het kader van een bepaalde zorgvraag geleverd wordt door een physician assistant, verpleegkundig specialist of SEH-arts en een deel door de medisch specialist valt dit onder één zorgtraject.

Een physician assistant, verpleegkundig specialist of SEH-arts mogen een DBC openen als zij zelfstandig een zorgtraject uitvoeren.

## D. ONDERLINGE DIENSTVERLENING

### D1. Wat wordt verstaan onder onderlinge dienstverlening?

#### **Toelichting 2015:**

Overeenkomst tussen twee of meer zorgaanbieders die betrekking heeft op het leveren van zorg aan een patiënt tegen een onderling overeen te komen tarief, waarbij één van de zorgaanbieders optreedt als eigen zorgverlener voor de patiënt en uitsluitend deze eigen zorgverlener gerechtigd is om, voor de in het kader van die overeenkomst geleverde zorg als (onderdeel van een) prestatie, een tarief bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.

*Bron: BR/CU 2136, art. 7.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.*

De MRI vormt daarop een uitzondering:

MRI's kunnen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd, tenzij deze worden geleverd als onderdeel van een DBC-zorgproduct of op verzoek van een andere zorgaanbieder in het kader van onderlinge dienstverlening. Dus ook als sprake is van onderlinge dienstverlening tussen een ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zijn de MRI's onderdeel van een DBC-zorgproduct.

*Bron: BR/CU 2136, art. 14. ; NR/CU-266 art 26 lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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.

#### **Toelichting 2016:**

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: NR/CU-266, art. 3 lid y.*

*Geldig: vanaf 1-1-2016.*

De uitzonderingsregel met betrekking tot de MRI is onverkort overgenomen in de regelgeving 2016.

De NZa meldt in de circulaire CI/15/27c (bijlage 19) de redenen waarom deze definitie gewijzigd is.

De aanpassingen zijn met name noodzakelijk vanwege ontwikkelingen in de zorgpraktijk, zoals

selectieve contractering, regiomaatschappen én spreiding en concentratie van zorg. De aanpassingen hebben betrekking op het vereenvoudigen van de definitie en het verhelderen van het onderscheid tussen verzoek (onderlinge dienstverlening) en doorverwijzing (geen onderlinge dienstverlening).

## **D2. Wanneer is geen sprake van onderlinge dienstverlening?**

In de regelgeving 2016 wordt in NR/CU-266, art. 31 in lid 1 t/m 3 beschreven wanneer er sprake is van onderlinge dienstverlening. In lid 4 t/m 7 wordt expliciet vermeld wanneer er **geen** sprake is van onderlinge dienstverlening.

4. De bepalingen zoals opgenomen in lid 1 t/m 3 zijn **niet** van toepassing op:

- WBMV-zorg indien alleen de uitvoerende instelling een WBMV vergunning heeft voor het uitvoeren van de zorg;
- de situatie waarin een medisch specialist die vanuit een categorale instelling 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;
- 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.
- 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.
- 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/CU-266, art. 31.*

*Geldig: vanaf 1-1-2016.*

### **Toelichting:**

De tekst uit artikel 31 is nu met alle uitzonderingen overgenomen.

Er is dus géén sprake van onderlinge dienstverlening in situaties: zie NR/CU-266. Daarnaast valt een acute zorgvraag ook niet onder onderlinge dienstverlening.

Ook een second opinion valt niet onder onderlinge dienstverlening.

### **Extra aanpassing 2016:**

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. Cruciaal hierbij is de wijziging van 'én' naar 'en/of'. Voor nadere uitleg: zie vraag D5. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder, eindigt dan de onderlinge dienstverlening?

### **D3. Hoe wordt de onderlinge dienstverlening geregistreerd?**

Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening') vastgesteld met een vrij tarief (ZA code 190064). Dit houdt in dat hiermee alle denkbare (deel)prestaties c.q. 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. 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: BR/CU 2136, art. 16. ;  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2015.*

#### **Tekstaanpassing in 2016:**

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, etc.) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

*Bron: BR/CU 2147 art 8.  
Geldig vanaf 1-1-2016.*

### **D4. Hoe wordt onderlinge dienstverlening gedeclareerd?**

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de eigen zorgverlener die de patiënt in behandeling heeft en de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd.

*Bron: BR/CU 2136, art. 13. ; NR/CU-266 art 31 lid 3.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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

gebracht. Deze bepaling is niet van toepassing op WBMV-zorg. In dat geval mag de uitvoerende instelling wel een DBC-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels.

*Bron: BR/CU 2136, art. 15. ; NR/CU-266 art 31 lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

In **2016** gelden de volgende regels voor onderlinge dienstverlening:

1. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan 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.
2. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening kan de uitvoerende zorgverlener de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen 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 de hoofdbehandelaar de patiënt verwijst naar zichzelf in een andere instelling is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg dient via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht te worden, met uitzondering van de volgende situaties:
  - A. de situatie waarin een medisch specialist die vanuit een categorale instelling 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.
6. 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.
7. 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/CU-266, art. 31.  
Geldig: vanaf 1-1-2016.*

**Toelichting:**

Indien een instelling met een WMBV-vergunning in het kader van onderlinge dienstverlening een (deel van een) DBC-zorgproduct laat uitvoeren door een andere instelling met een WMBV-vergunning, mag **niet door beide instellingen** een eigen DBC-zorgproduct in rekening worden gebracht.

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

Bij bovenstaand artikel wordt in de Nadere Regel de volgende toelichting gegeven:

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, 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/CU-266, pag. 71 toelichting bij art. 31.  
Geldig: vanaf 1-1-2016.*

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, etc.) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

*Bron: BR/CU-2147, art. 8.  
Geldig: vanaf 1-1-2016.*



## **D5. Als een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder, eindigt dan de onderlinge dienstverlening?**

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

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. 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.

*(\*) Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).*

*Bron: BR/CU 2136, art. 7.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

Als er doorverwezen naar een andere zorgaanbieder geldt wel een voorwaarde:

Voorwaarde hierbij is dat er sprake is van het doorverwijzen van de patiënt naar een andere instelling én naar een andere hoofdbehandelaar voor diagnostiek én behandeling. Een doorverwijzing houdt in dat er sprake is van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. Hierbij dient opgemerkt te worden dat een controle na opname standaard onderdeel uitmaakt van het operatieve DBC-zorgproduct.

*Bron: Verboden Toegestaan-lijst. Nr. 50.*

*Geldigheid: tot op heden.*

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.

### **Tekstaanpassing in 2016:**

#### **I. 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.

### Toelichting van NZa:

Onderdeel l en m: Onder afhandelen wordt ook verstaan het doorverwijzen van de patiënt 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.

*Bron: NR/CU-266 pag 62: toelichting bij art. 3 onderdeel l en m.*

*Geldig: vanaf 1-1-2016.*

Reactie NZa: Het is ook mogelijk dat (een deel van) de behandeling in het kader van onderlinge dienstverlening uitgevoerd wordt door een andere instelling.

Volgens de huidige regelgeving mogen alleen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd indien sprake is van het doorverwijzen van de patiënt voor diagnostiek én behandeling. Tijdens de Technische Overleggen die de afgelopen periode hebben plaatsgevonden, hebben wij voorgesteld deze bepaling per 2016 los te laten zodat er twee DBC-zorgproducten gedeclareerd mogen worden indien sprake is van het doorverwijzen van de patiënt voor diagnostiek en/of behandeling.

### LET OP:

Ten aanzien van het begrip 'eigen zorgverlener' in het kader van onderlinge dienstverlening is de volgende essentiële wijziging doorgevoerd:

'Er is sprake van een doorverwijzing indien **diagnostiek en/of behandeling** door een nieuwe hoofdbehandelaar wordt uitgevoerd'.

In dit geval openen beide een DBC.

Er is géén sprake van onderlinge dienstverlening indien een patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne doorverwijzing).

Zie ook F.12. *Wanneer mogen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij doorverwijzing?*

### **D6. Is het toegestaan dat twee instellingen een zorgtraject openen indien er sprake is van uitbesteding van diagnostiek aan een ander ziekenhuis?**

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 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.

*Bron: Verboden Toegestaan-lijst. Nr. 53.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## E. DAGVERPLEGING - POLIKLINIEK

### E1. Wat is de definitie van dagverpleging?

Een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar\* en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling\*\*.

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

*(\*\*) Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag worden geregistreerd.*

*Bron: BR/CU 2136, art. 11;*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

#### **Toelichting:**

Bij dagbehandeling is het van belang dat het gaat om verpleegkundige zorg.

De tijd dat de behandeling door de hoofdbehandelaar plaatsvindt, moet dus van de totale verblijfsduur worden afgetrokken.

De NZa heeft aangegeven dat men hierbij uit zou moeten gaan van de face-to-face contact tijd. De NZa heeft daarover geen regels gemaakt; daarom is het zinvol om, bij onduidelijkheden, afspraken te maken tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

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

#### **LET OP:**

In 2016 was aanvankelijk een wijziging van de definitie opgenomen.

Echter is deze voorgestelde wijziging door de NZa teruggedraaid middels circulaire CI/15/39c.

In de regelgeving 2016 is nu de onderstaande definitie opgenomen, waarbij het onderdeel behandeling weer is opgenomen binnen de definitie:

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 kan maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag worden vastgelegd. Een dagverpleging mag niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag worden geregistreerd.

*Bron: NR/CU-266, art. 24 ad 9.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

### **Aanvullende info van NZA bij definitie 2016:**

Gegeven deze op handen zijnde wijziging van de regelgeving, ziet de NZa in dit geval geen reden om in de huidige situatie zoals die in 2014 en 2015 gold, handhavend op te treden. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van een aantal punten bij de omzetbepaling en de daarmee samenhangende verantwoording en financiële afwikkeling met betrekking tot de jaren 2014 en 2015, aan kunnen sluiten bij de regelgeving die per 1 januari 2016 zal gelden. Dit houdt niet in dat de declaratie daarmee rechtmatig is maar wel dat deze door de NZa aanvaardbaar wordt bevonden.

*Bron: CI/15/50c,*

### **E2. Wat is de definitie van een verpleegdag?**

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

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

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 11; NR/CU-266, art. 24 ad 13.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **E3. Wat is de definitie van polikliniekbezoek?**

#### **Toelichting 2015:**

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd.

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' en bij 'herhaal-polikliniekbezoek' moet sprake zijn van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

**Toelichting 2016:**

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 of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd.

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' en bij 'herhaal-polikliniekbezoek' moet sprake zijn van:

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

*Bron: NR/CU-266, art. 24 ad 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

**LET OP:**

In 2016 zijn de interventieradioloog en de klinisch geneticus aan deze definitie toegevoegd. Daarnaast is de arts-assistent apart benoemd.

**E4. Wat is definitie van een eerste polikliniek bezoek?**

**Toelichting 2015:**

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd. 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.

*Bron: BR/CU-2136, art 11.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

**Toelichting 2016:**

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 of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd. 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.

*Bron: NR/CU-266, art. 24 ad 2.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

#### **LET OP:**

In 2016 zijn de interventieradioloog en de klinisch geneticus aan deze definitie toegevoegd. Daarnaast is de arts-assistent apart benoemd.

### **E5. Wie mag een eerste polikliniekbezoek registreren?**

#### **Toelichting 2015:**

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' en bij 'herhaal-polikliniekbezoek' moet sprake zijn van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

Een eerste polikliniek bezoek mag dientengevolge geregistreerd worden door:

- Poortspecialist (of arts-assistent);
- SEH-arts KNMG (of arts-assistent);
- anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent);
- verpleegkundig specialist of
- physician assistant.

#### **Toelichting 2016:**

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' en bij 'herhaal-polikliniekbezoek' moet sprake zijn van:

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

*Bron: NR/CU-266, art. 24 ad 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

Een eerste polikliniek bezoek mag dientengevolge geregistreerd worden door:

- Poortspecialist;
- SEH-arts KNMG;
- anesthesist als pijnbestrijder;
- interventieradioloog;
- klinisch geneticus;
- arts-assistent;
- verpleegkundig specialist of  
- physician assistant.

In 2016 zijn de interventieradioloog en de klinisch geneticus aan deze definitie toegevoegd.  
Daarnaast is de arts-assistent apart benoemd.

## **E6. Wat is definitie van een herhaal polikliniekbezoek?**

### **Toelichting 2015:**

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant 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: BR/CU 2136, art. 11.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

### **Toelichting 2016:**

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 of physician assistant 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/CU-266, art. 24 ad 3.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

In 2016 zijn de interventieradioloog en de klinisch geneticus aan deze definitie toegevoegd.  
Daarnaast is de arts-assistent apart benoemd.

### **E7. Wanneer mag een polikliniekbezoek (niet zijnde 'eerste') geregistreerd worden?**

#### **Toelichting 2015:**

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

*Bron: BR/CU 2136, art. 11.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

#### **Toelichting 2016:**

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 of physician assistant consulteert.

*Bron: NR/CU-266, art. 24 ad 3.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

### **E8. Wanneer mag een polikliniekbezoek niet geregistreerd worden?**

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

Tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11; NR/CU-266, art. 24 ad 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **E9. Wat valt niet onder een polikliniekbezoek?**

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 een groep patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bv. huisarts);
- telefonisch consult.



*Bron: BR/CU 2136, art. 11; NR/CU-266, art. 24 ad 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**LET OP:**

Bezoeken aan het ziekenhuis waarbij op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts) onderzoek en behandeling plaatsvindt (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium "face-to-face-contact" en kunnen derhalve niet als eerste polikliniekbezoek worden aangemerkt.

Ook consulten tussen een poortspecialist en een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt (in plaats van de patiënt zelf) mogen geen polikliniekbezoek vast leggen. In de definitie van polikliniekbezoek is opgenomen dat er face-to-face contact moet zijn tussen patiënt en poortspecialist. Hiervan is geen sprake als de vertegenwoordiger, zonder aanwezigheid van de patiënt, aan het consult deelneemt.

*Bron: Verboden Toegestaan lijst. Nr. 1  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**E10. 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;

*Bron: BR/CU-2136, art. 11, NR/CU-266; art. 24 ad 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

E.e.a. hangt dus af van de daadwerkelijke situatie:

- De patiënt komt op de polikliniek (= consult) en wordt vervolgens op een andere dag ingepland op de POK (=geen consult). In dit geval wordt aan de face-to-face criteria voldaan (in het zorgtraject) en mag zowel een consult als een verrichting worden geregistreerd.
- De patiënt komt op de polikliniek (= consult). Tijdens het consult blijkt dat er een verrichting uitgevoerd moet worden op de POK, dit wordt direct uitgevoerd (= niet vooraf ingepland). In dit geval mag een consult en een verrichting worden geregistreerd
- De patiënt wordt op dezelfde dag ingepland op de polikliniek en op de POK (aansluitend). Hierbij is geen sprake van 'enkel' het uitvoeren van een verrichting., maar ook van een consult. Er mag dan ook zowel een consult als een verrichting worden geregistreerd.
- De patiënt wordt (voorafgaand) rechtstreeks ingepland op de POK zonder consult. Registratie/Declaratie van een poli-consult hiervan is niet toegestaan omdat er geen spreekuur contact door een medisch specialist/SEH-arts/PA/VS heeft plaatsgevonden.

### **E11. 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 consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11; NR/CU-266, art. 24 ad 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **LET OP:**

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

De zogenaamde one-stop-shop waarbij 2 policontacten geregistreerd kunnen worden is daarmee intact gebleven, en de omschrijving daarvan is in nu overbodig geworden en komen te vervallen.

### **E12. Mag een screen-to-screen beeldcontact geregistreerd worden als vervanging voor een fysiek herhaalconsult?**

Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent) of SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert middels een video verbinding. Dit consult dient ter vervanging van een face-to-face herhaalpolikliniekbezoek.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11, NR/CU-266, art. 24 ad 7.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **Toelichting:**

Het gaat hierbij om een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent) of SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert middels een video verbinding. Dit consult dient ter vervanging van een face-to-face herhaalpolikliniekbezoek. Het betreft hier geplande zorg.

Registratie is uitsluitend toegestaan bij een al lopend subtraject en dient ter vervanging van een fysiek herhaalpolikliniekbezoek.

**E13. Mag naast een spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling een polikliniekbezoek worden vastgelegd?**

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

Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek of een klinische opname (indien klinische opname volgt na het spoedeisende hulpcontact) worden vastgelegd.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11; NR/CU-266, art. 24 ad 43.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**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 zal het verplicht zijn deze code ook op de nota te vermelden.

Men kan deze code ook al in 2015 registeren en zo inzicht te krijgen in profiel opbouw en eventuele discussies rond wel/geen acute zorg zonder verwijzing.

**E14. Mag naast een spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis een polikliniekbezoek worden vastgelegd?**

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 kan naast een polikliniekbezoek of een klinische opname (indien klinische opname volgt na het spoedeisende hulpcontact) worden vastgelegd.

*Bron: BR/CU 2136, art. 11; NR/CU-266, art. 24 ad 44.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**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 zal het verplicht zijn deze code ook op de nota te vermelden.

Men kan deze code ook al in 2015 registeren en zo inzicht te krijgen in profiel opbouw en eventuele discussies rond wel/geen acute zorg zonder verwijzing.

## F. DBC (ZORGTRAJECTEN EN ZORGACTIVITEITEN)

### F1. Wat is de startdatum van het zorgtraject?

Het registratieproces start op het moment dat een patiënt zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment wordt meteen een zorgtraject geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces en bestaat uit een initiële DBC waarin de primaire diagnose is gesteld en een onbeperkt aantal vervolg-DBC's.

Dit betekent dat het zorgtraject start op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt. Dit hoeft dus niet gelijktijdig te zijn met een face-to-face contact.

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.

*Bron: NR/CU-266, art. 4 lid 1.  
Geldig: vanaf 1-1-2016.*

### F2. Wat is de startdatum van een zorgtraject als deze voortvloeit uit een overig zorgproduct?

Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijns diagnostiek en paramedische behandeling en onderzoek, kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:

- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns, waarbij dit overige zorgproduct niet op dezelfde dag leidt tot opening van een zorgtraject voor dezelfde zorgvraag; of
- (...)

*Bron: NR/CU-260, art. 15, NR/CU-266 art. 33.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**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.

### **F3. Wie mag een zorgtraject openen, sluiten en declareren?**

#### **Het openen van een zorgtraject.**

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

*Bron: NR/CU-260, art 8.; NR/CU-266 art 4.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Een hoofdbehandelaar mag een zorgtraject openen binnen de beperkingen van de regelgeving.

Er zijn echter beperkingen welke zorgactiviteiten binnen zorgtrajecten / subtrajecten door wie geopend (= geregistreerd) mogen worden.

Onderstaand is weer gegeven wie wat mag doen.

#### **Eerste polikliniekbezoek:**

Poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant.

#### **Herhaal-polikliniekbezoek:**

Poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant.

#### **Screen-to-screen beeldcontact ter vervanging van een fysiek herhaalconsult:**

Poortspecialist (of arts-assistent) of SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant.

#### **Multidisciplinair consult:**

Minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van verschillende AGB-specialismen.

#### **Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling:**

Poortspecialist (of arts-assistent) of SEH-arts KNMG (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant.

#### **Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis:**

Poortspecialist (of arts-assistent) of SEH-arts KNMG (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant.

#### **Klinisch intercollegiaal consult (ICC):**

Poortspecialist.

#### **Medebehandeling:**

Poortspecialist.

*Bron: BR/CU-2136, art 11.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 t/m 31-12-2015.*

**Wijziging 2016:**

De onderstaande zorgactiviteiten zijn uitgebreid met de arts-assistent. De overige uit bovenstaand overzicht blijven bestaan.

**Klinisch intercollegiaal consult (ICC) (190009)**

medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie uitvoert

**Medebehandeling (190017)**

medisch specialist (of arts assistent) die de poortfunctie uitvoert

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

poortspecialist of arts-assistent

*Bron: NR/CU-266 art 24 lid 45, 46 en 47.*

*Geldig vanaf 1-1-2016.*

**Toelichting:**

Per 1 januari 2015 beoogt VWS dat er geen belemmeringen meer bestaan voor het zelfstandig openen, sluiten en declareren van zorgtrajecten door een verpleegkundig specialist, physician assistant en SEH-arts. Hierop geldt dus wel de uitzondering voor ICC en medebehandeling.

Deze beroepsgroepen mogen zonder inmenging van een poortspecialist de door de wet toegestane handelingen uitvoeren. Deze handelingen kunnen een zelfstandig behandeltraject zijn of onderdeel zijn van het behandeltraject van de medisch specialist.

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject (openen / typeren / registreren / sluiten) 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 vervolgotrajecten. In dit geval wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

Per 2015 wordt duidelijk wie welke zorg heeft geleverd, op het niveau van de verrichting (zorgactiviteit) door het meesturen van de uitvoerderscode in het declaratiebericht. **Dit is onderdeel van de afspraken tussen aanbieder en verzekeraar.** AGB-uitvoerderscode van de physician assistant/ verpleegkundig specialist/ SEH-arts nodig. Deze AGB-codes zijn al opgenomen in de referentietabellen voor de grouper.

**F4. Wanneer mag een zorgtraject worden geopend door een tweede poortspecialist?**

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

- Er moet sprake zijn van een doorverwijzing en niet alleen een aanvraag voor het uitvoeren van een onderzoek en/of (een deel van) een behandeling;
- Er moet sprake zijn van een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek\* niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat;
- Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling\*.

*(\*) Op de voorwaarde behandeling en diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.*

*Bron: Schriftelijke toelichting NZa.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**F5. Wanneer wordt een zorgtraject gesloten?**

Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of 21 wordt afgesloten:

- Op het moment van overlijden van een patiënt.

- Na een periode van 360 (3 maal 120) dagen na afsluiten van een subtraject indien geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of zijn gepland in de toekomst.
- Voor het poortspecialisme cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten. De afsluitregels voor subtrajecten van cardiologie (zoals omschreven in artikel 10.2.g) gelden ook voor het afsluiten van zorgtrajecten cardiologie.

Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek, of uiterlijk op de 120e dag indien het subtraject na 120 dagen nog openstaat.

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

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. 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 vervolg subtraject voor de hoofd-behandelaar wordt een nieuw IC zorg/subtraject 51 geopend. |

Daarbij geldt dat het subtraject ZT51 met de zorgactiviteiten tegelijk met het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd dient te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 10.1.

Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning aan de hoofdbehandelaar wordt afgesloten wanneer het subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten conform de afsluitregels in artikel 10.1. Daarbij geldt dat het subtraject met de zorgactiviteiten tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd dient te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in artikel 10.1.

*Bron: NR/CU-260, art 11; NR/CU-266. Art 6, 8, 10, 12, 14.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## **F6. Welke zorg moet worden geregistreerd?**

De verleende zorg wordt vastgelegd\* in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities uit de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' zijn hierbij leidend.



*\* Onder vastleggen wordt hier ook een juiste vertaling van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten bedoeld.*

*Bron: NR/CU-260, art. 7. ; NR/CU-266 art 23.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Elke activiteit die een zorgactiviteiten omschrijving en een zorgactiviteiten code heeft moet worden geregistreerd. De zorgactiviteitenlijst van de NZa is daarbij leidend.

### **F7. Wanneer kunnen activiteiten in de DBC geregistreerd worden?**

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.

De zorgactiviteiten en bijbehorende codes kunnen dus in de loop van de tijd gewijzigd worden door de NZa/DBC-Onderhoud.

### **F8. Wanneer wordt een DBC-subtraject gesloten?**

Een subtraject met een initiële of vervolgbehandeling wordt gesloten:

a. Bij een klinisch subtraject:

- Op de 42e dag na ontslagdatum.
- Wanneer binnen deze 42-dagen periode na (de laatste) ontslagdatum nog een dagverpleging (1 of meer) en/of operatieve ingreep (1 of meer) plaatsvindt voor dezelfde zorgvraag, dan wordt toch afgesloten op de 42e dag na ontslag uit de kliniek. De dagverpleging(en) en/of de poliklinische operatieve ingre(e)p(en) maken onderdeel uit van dit subtraject.
- Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her) opname plaatsvindt dan wordt afgesloten op de 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.
- Na maximaal 120 dagen.
- Bij het sluiten van het zorgtraject (bv. bij overlijden van de patiënt).

b. Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen:

- Op de 42e dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.
- Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw (voor dezelfde zorgvraag) een operatieve ingreep ondergaat dan wordt afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste ingreep.
- Na maximaal 120 dagen.
- Bij het sluiten van het zorgtraject (bv. bij overlijden van de patiënt).

c. Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling:

- met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject;
- met ZT21: op de 120e dag na de opening van het subtraject.

d. Op de 120e dag indien het subtraject na 120 dagen nog open staat. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

*Bron: NR/CU-260, art 10; Toelichting Registratieregels, NR/CU-266, art 17, 18.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

De Toelichting Registratieregels gaat nader in op het sluiten van DBC-subtrajecten.

Onder (a) 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> dag.

Onder (b) 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> dag.

Onder (c) 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 (d) wordt verstaan dat een subtraject maximaal 120 dagen kan openstaan. Dit betekent dat bij het bereiken van de 120e dag het subtraject dient te worden afgesloten. Ook als de 120e 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:**

Van de in NR/CU-260 artikel 10.1 vermelde algemene afsluitregels mag uitsluitend worden afgeweken indien zich één of meer van de in het artikel 10.2 (NR/CU-260) opgesomde uitzonderingen voordoen. Dit betreft een aantal specifieke behandelingen. Deze zijn vaak vakspecifiek en er wordt dan op een eerder moment dan maximaal na 120 dagen afgesloten.

**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 42e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.

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.

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.

**F9. Welke activiteiten worden in het DBC-subtraject geregistreerd?**

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.

**F10. Wat houdt de registratieverplichting van de ICD10 in?**

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD-10 code. De ICD-10 code wordt geregistreerd per subtraject, bij subtrajecten geopend vanaf 1 januari 2015.

De ICD-10 code moet op het diepste niveau worden geregistreerd. Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD-10 code worden geregistreerd. De hoofddiagnose is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.

*Bron: NR/CU-260. ; NR/CU-266 art 15 en toelichting op pag 64.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**LET OP:**

Met ingang van 1 juli 2015 zijn zorgaanbieders verplicht om de ICD10-diagnose op te nota te vermelden en aan te leveren aan het DBC-informatiesysteem (DIS). De NZa ziet op deze verplichting toe.

De ICD-10 diagnosecode wordt geregistreerd per subtraject, bij subtrajecten geopend vanaf 1 juli 2015.

De medisch specialist die de poortfunctie uitoefent, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD10-diagnosecode.

Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD10-diagnosecode worden geregistreerd. De hoofddiagnose is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk aanleiding was voor de zorg aan patiënt. Dit geldt niet voor Overige Zorgproducten.

Hoewel vanaf 1 juli 2015 de ICD10-diagnosecode geregistreerd moet worden, geldt er echter nog **geen** informatieverplichting richting de zorgverzekeraar.

In de Nadere Regel is deze verplichting als volgt omschreven (inhoudelijk niet gewijzigd):

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

*Bron: NR/CU-266, art. 15.*

*Geldig: vanaf 1-1-2016.*

**F11. Wie registreert/declareert een controle na een opname/ingreep?**

(...) een controle na opname standaard onderdeel uitmaakt van het operatieve DBC-zorgproduct.

*Bron: Verboden Toegestaan-lijst. Nr. 50.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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

**F12. Wanneer mogen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij doorverwijzing?**

Er mogen alleen twee DBC-zorgproducten worden gedeclareerd als er sprake is van het doorverwijzen van de patiënt naar een andere instelling én naar een andere hoofdbehandelaar voor diagnostiek én behandeling. In andere situaties is sprake van onderlinge dienstverlening. Doorverwijzing naar dezelfde behandelaar in een andere instelling voldoet niet aan deze

voorwaarden\*. Het uitvoeren van een deel van de diagnostiek in een andere instelling is per definitie onderlinge dienstverlening.

*\* Met uitzondering van een specialist die vanuit een categorale instelling is gedetacheerd in een ziekenhuis en doorverwijst naar voor gespecialiseerde zorg in de categorale instelling.*

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

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

Hiermee wordt bedoeld 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.

Echter, zorgactiviteiten die plaatsvinden ná doorverwijzing gelden als onderlinge dienstverlening van de verwijzende zorgaanbieder aan de verwezen zorgaanbieder.

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.

### **F13. Hoe verloopt de registratie na een behandeling bij een zorgaanbieder als patiënt daarna weer wordt terugverwezen naar de oorspronkelijke zorgaanbieder?**

Indien een patiënt is doorverwezen naar een andere zorgaanbieder en andere hoofdbehandelaar, 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. Ook hierbij geldt dat er sprake is van een doorverwijzing, met als voorwaarde: naar een andere zorgaanbieder en andere hoofdbehandelaar.

### **F14. Hoe moet een complicatie of heroperatie geregistreerd worden?**

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.

*Bron: DBC-Onderhoud Instructie DBC Registratie Algemeen*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2011 tot op heden.*

Indien een complicatie optreedt, valt dit binnen de initiële DBC.

Indien er een complicatie optreedt als de initiële DBC is afgesloten als de patiënt uit de behandeling is ontslagen wordt een vervolg DBC geopend of als deze al is geopend wordt de behandelas aangepast.

Wanneer er echter 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.

*Bron: DBC-Onderhoud Instructie DBC Registratie Chirurgie  
Geldigheid: vanaf 1-1-2011 tot op heden.*

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 afsluit moment daardoor kunnen opschuiven.

Indien dit geschiedt na 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.

### **F15. Is het een voorwaarde dat voor elk zorgtraject sprake moet zijn van een eigen zorgvraag, eigen diagnose en eigen behandeling?**

Uitgangspunt voor een zorgtraject met initieel subtraject ZT11 is:

Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.

*Bron: NR/CU-260, art. 8. ; NR/CU-266 art 5.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Er moet dus voor elk zorgtraject (parallel of niet) sprake zijn van een eigen zorgvraag, eigen diagnose en eigen behandeling.

Echter er zijn 2 uitzonderingen:

Op de voorwaarde diagnosestelling en behandeling geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander

specialisme, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide specialismen een zorgtraject openen.

*Bron: NR/CU-260, voetnoot 9. ; NR/CU-266 art 5 lid 3.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

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 behandelingen opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen behandeling.

*Bron: NR/CU-260, voetnoot 8. ; NR/CU-266 art 5b lid 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **F16. Kan een diagnosecode gewijzigd worden in de loop van een zorgtraject?**

De diagnosecode kan bij aanvang van een zorgtraject (soms) ingevuld worden als een 'werkdiagnose'. Gaandeweg het zorgtraject kan de diagnose specifiekere worden of zelf geheel wijzigen.

Zolang er het subtraject niet definitief is afgesloten en voor declaratie is aangeboden, zal de diagnose aangepast kunnen 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 mede bepalend 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.

### **F17. Mag een medisch specialist, arts-assistent of SEH-arts meerdere DBC's van verschillende poortspecialismen openen tijdens een contact op de SEH?**

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.

Aan de hand van enkele voorbeelden geeft de NZa een toelichting wat wel/niet geoorloofd is.

Voorbeeld 1:

Op de SEH wordt een patiënt gezien met een ketoacidotische ontregeling bij een myocardinfarct. De **cardioloog** ziet patiënt en behandelt het myocardinfarct en de **internist** ziet eveneens op de SEH die patiënt en behandelt de ketoacidotische ontregeling. Vanwege het voorbeeld wordt er van uit gegaan dat er geen verdere opname plaatsvindt. In dat geval immers ontstaat een opname voor het ene poortspecialisme en medebehandeling door het andere poortspecialisme.

De NZa geeft bij dit voorbeeld aan:

In de casus staat “ketoacidotische ontregeling bij een myocardinfarct”. Dit suggereert dat de ketoacidotische ontregeling het gevolg is van het myocardinfarct. Vraag is daarom allereerst of hier echt sprake is van twee verschillende zorgvragen.

Ervan uitgaande dat er inderdaad sprake is van twee zorgvragen: het openen van een eigen zorgtraject is correct. Hierbij merken wij wel op dat beide poortspecialismen alleen een polikliniekbezoek mogen registreren indien er ook daadwerkelijk twee consulten (per zorgvraag een apart consult) op de SEH hebben plaatsgevonden.

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

Als er sprake is van *twee zorgvragen*, zijn de volgende artikelen in de Nadere Regel van toepassing:

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

*Bron: NR/CU-260, art. 8. ; NR/CU-266 art 5b lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.

*Bron: NR/CU-260, art. 8.1; NR/CU-266 art 5b lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**LET OP:**

Inzet door arts assistent: Indien deze casus behandeld met 2 zorgvragen 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) 2 zorgtrajecten openen?



De NZa geeft hierbij aan:

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.*

Voorbeeld 2.

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

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 behandelingen opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen behandeling.

*Bron: NR/CU-260, voetnoot 8. ; NR/CU-266 art 5b lid 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

De NZa geeft hierbij in een toelichting aan:

In de situatie van één zorgvraag bij meerdere poortspecialismen is het wel de vraag of er echt sprake is van een eigen behandeling of dat één van beide beroepsbeoefenaren ondersteunend werk verricht. Daarnaast geldt ook in deze situatie dat beide poortspecialismen alleen een polikliniekbezoek mogen registreren indien er ook daadwerkelijk twee consulten (per zorgvraag een apart consult) op de SEH hebben plaatsgevonden.

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

Als er sprake is van één zorgvraag, zijn de volgende artikelen in de Nadere Regel van toepassing:

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 waarbij elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject opent. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen behandeling.

*Bron: NR/CU-260, art. 8.2; NR/CU-266 art 5b lid 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een zorgtraject waarbij zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en/of physician assistant 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.

*Bron: NR/CU-260, art. 8.3; NR/CU-266 art 5b lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**Uitzondering:**

Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

*Bron: NR/CU-260, voetnoot bij art. 8; NR/CU-266 art 5b lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## G. PARALLELLITEIT

### G1. Wat is een parallel zorgtraject?

Parallelliteit gaat over het registreren van meerdere zorgtrajecten binnen één specialisme waarbij sprake is van overlap in looptijd.

Twee zorgtrajecten binnen het zelfde specialisme is alleen toegestaan als er sprake is van twee verschillende zorgvragen met eigen behandeltrajecten.

*Bron: CI/14/3c.*

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

Parallele zorgtrajecten zijn twee of meer zorgtrajecten die voor een patiënt gelijktijdig bij hetzelfde specialisme in dezelfde zorginstelling openstaan. Een patiënt kan zich presenteren met meerdere zorgvragen of er kan zich tijdens een lopend zorgtraject een nieuwe/andere zorgvraag voordoen.

Er kan sprake zijn van parallelle zorgtrajecten bij twee of meer zorgvragen of er kan sprake zijn van parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen.

#### **LET OP:**

Parallelliteit gaat over het registreren van meerdere zorgtrajecten binnen één specialisme waarbij sprake is van overlap in looptijd. De NZa benadrukt hierbij dat parallel registreren van zorgtrajecten wel een rechtvaardiging vereist vanuit het perspectief van de patiënt. Er moet dan ook vanuit dat perspectief sprake zijn van een extra zorgvraag. Wanneer alleen sprake is van diagnostiek zonder een bepaalde vorm van behandeling, is sprake van maximaal één zorgtraject.

### G2. Wanneer mag een parallel zorgtraject bij twee of meer zorgvragen worden geopend?

Parallele zorgtrajecten zijn twee of meer zorgtrajecten die voor een patiënt gelijktijdig bij hetzelfde specialisme voor dezelfde zorgverlener openstaan. Een patiënt kan zich presenteren met meerdere zorgvragen of er kan zich tijdens een lopend zorgtraject een nieuwe/andere zorgvraag voordoen. Een parallel zorgtraject mag alleen worden geopend wanneer er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarnaast moet aan beide onderstaande voorwaarden worden voldaan:

1. Het parallelle subtraject\* dient een eigen zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten waarvan er:

- o minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve\*\* verrichtingen en/of,
- o minimaal één uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3# komt,

# In uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:

- minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing en/of,
- minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of,
- minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen en/of,
- minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteiten (190702 t/m 190781)\*\*\*.

2. De combinatie van de typerende diagnoses van de parallelle subtrajecten mag niet voorkomen in de tabel met niet toegestane parallelle diagnoses (= Diagnose Combinatie tabel).

*\* Parallelle subtrajecten waarvoor de extra profieleisen gelden zijn de subtrajecten die niet binnen het eerst geopende zorgtraject vallen. Dus niet de openingsdatum van het subtraject is hierbij bepalend maar de openingsdatum van het zorgtraject.*

*\*\* Als groep operatieve verrichtingen worden de zorgactiviteiten in het tabblad "42-dagenregel zorgactiviteiten" van het registratieaddendum beschouwd.*

*\*\*\* Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten.*

*Bron: Registratieregels Algemene Toelichting, NR/CU-260 art. 8. ; NR/CU-266 art 5a.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**LET OP:** De Diagnose Combinatie Tabel kan per jaar wijzigen. De datum van het openen van het parallelle traject bepaalt welke tabel geldend is:

De combinatie van de (typerende) diagnoses van het reeds openstaande subtraject en het te openen subtraject van het parallelle zorgtraject mag op de openingsdatum van het te openen parallelle subtraject niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel, zoals opgenomen in bijlage 8 van deze regeling.

*Bron: NR/CU-266 art 5a ad 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Onder Zorgprofielklasse wordt het volgende verstaan:

Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult, zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging/langdurige observatie en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

De Nadere Regel NR/CU-260 geeft in art. 8 nog een verduidelijking van bovenstaande:

Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een

andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject\* (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.

*\* Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.*

*Bron: NR/CU-260 art 8. ; NR/CU-266 pag 62 toelichting bij art 5a lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **LET OP:**

Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de regel dat binnen een specialisme maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend mag worden tijdens het klinische traject van de patiënt. Bij parallelle klinische subtrajecten tijdens dezelfde klinische periode kan slechts één klinisch DBC-zorgproduct gedeclareerd worden. Het andere traject resulteert in een niet-klinisch DBC-zorgproduct. Wanneer de parallelle zorgvragen in aparte klinische periodes behandeld worden, kan dit wel resulteren in meerdere klinische DBC-zorgproducten.

*Bron: Registratieregels Algemene Toelichting.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### Voorbeeld 1

Patiënt is opgenomen voor het plaatsen van een heupprothese. Tijdens dezelfde opname wordt door hetzelfde specialisme een peesplastiek aan de hand uitgevoerd. De combinatie van de twee getypeerde diagnoses komt niet voor in de Diagnose Combinatie Tabel. Er mogen in deze situatie twee parallelle zorgtrajecten geopend worden. De verpleegdagen kunnen bij parallelle subtrajecten die tijdens dezelfde klinische periode behandeld worden, maar aan één subtraject gekoppeld worden. Er wordt dus één klinisch en één niet-klinisch DBC-zorgproduct gedeclareerd.

#### Voorbeeld 2

Patiënt was opgenomen voor het plaatsen van een heupprothese in de linkerheup. Vier weken na ontslag uit de kliniek wordt patiënt opgenomen vanwege een polsfractuur. De combinatie van de twee getypeerde diagnoses komt niet voor in de Diagnose Combinatie Tabel. Omdat beide zorgvragen in aparte klinische opnamen behandeld worden, worden twee klinische DBC-zorgproducten gedeclareerd.

#### Voorbeeld 3

Patiënt is bekend met aandoening x. Tijdens een controlebezoek voor deze aandoening wordt tevens aandoening y beoordeeld, er is geen diagnostiek en behandeling voor aandoening y noodzakelijk. In deze situatie wordt geen parallel zorgtraject geopend omdat niet is voldaan aan alle voorwaarden

voor het openen van een parallel traject; er zijn geen aparte zorgactiviteiten uitgevoerd voor aandoening y.

*Bron: Registratieregels Algemene Toelichting.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de regel dat binnen een specialisme maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend mag worden tijdens het klinische traject van de patiënt.

*Bron: NR/CU-260 art 8. ; NR/CU-266 pag 62 toelichting bij art 5a.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **G3. Wanneer mag een parallel zorgtraject bij dubbelzijdige aandoeningen worden geopend?**

Voor parallelliteit 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.

*\* Er is een tabel waarin is gedefinieerd welke zorgactiviteiten in het kader van de registratieregels als operatieve ingrepen worden beschouwd (zie het tabblad "42-dagenregel zorgactiviteiten" in het Registratieaddendum)*

*\*\* Voor een aantal diagnoses is zowel een dubbelzijdig/meervoudig als een enkelzijdig/enkelvoudig DBC-zorgproduct ontwikkeld. Door het registreren van het juiste aantal zorgactiviteiten wordt afgeleid naar het juiste DBC-zorgproduct.*

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:**

Alleen wanneer bij een dubbelzijdige aandoening beide zijden binnen 42 dagen na elkaar operatief worden behandeld, worden twee zorgtrajecten geopend. Als dit niet het geval is worden voor de dubbelzijdige behandelingen seriële subtrajecten geopend binnen één zorgtraject. Dit ter voorkoming van het parallel lopen van conservatieve zorgtrajecten.

*Bron: Registratieregels Algemene Toelichting.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Voor parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:

- Indien sprake is van beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel, mogen twee zorgtrajecten worden gedeclareerd.
- In alle andere situaties mag één zorgtraject worden gedeclareerd.

*Bron: NR/CU-260 art 8.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot 31-12-2016.*

**Tekstwijziging 2016:**

Bij parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen worden alleen twee zorgtrajecten geopend indien sprake is van een operatieve behandeling aan beide zijden en er geen sprake is van identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel, opgenomen in bijlage 8 van deze regeling.

*Bron: NR/CU-266 art 5a lid 2.*

*Geldigheid vanaf 1-1-2016.*

De datum van openen van het parallelle operatieve zorgtraject is de datum van de 2<sup>e</sup> ingreep.

**LET OP:** De Diagnose Combinatie Tabel kan per jaar wijzigen. De datum van het openen van het parallelle traject bepaalt welke tabel geldend is:

De combinatie van de (typerende) diagnoses van het reeds openstaande subtraject en het te openen subtraject van het parallelle zorgtraject mag op de openingsdatum van het te openen parallelle

subtraject niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel, zoals opgenomen in bijlage 8 van deze regeling.

*Bron: NR/CU-266 art 5a ad 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Aangezien er naast een geopend operatief subtraject geen parallel geopend conservatief traject mag lopen bij dezelfde diagnose, wordt in geval van dubbelzijdige operatieve ingrepen het 1<sup>e</sup> zorgtraject afgesloten 42 dagen na die operatieve zorgactiviteit.

*Bron: ICT registratieaddendum.*

**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:**

Indien er een complicatie/heroperatie optreedt binnen 42 dagen na de eerste operatie dan schuift de afsluitdatum van dat zorgtraject ook op.

**Registratie addendum:**

Parallelliteit bij dubbelzijdige aandoening (D.000.7):

Een klinisch of niet-klinisch operatief subtraject met een diagnose die niet, in combinatie met zichzelf, voorkomt in de Diagnose Combinatie Tabel en een operatieve (42-dagenregel) zorgactiviteit wordt afgesloten, tenzij er een tweede operatieve (42-dagenregel) zorgactiviteit wordt uitgevoerd bij een dubbelzijdige aandoening waarvoor geen dubbelzijdig product bestaat, dan wordt op de dag van uitvoering van de tweede za een tweede parallel zorgtraject geopend voor deze tweede ingreep en wordt het eerste zorgtraject op de 42e dag na de datum van de eerste zorgactiviteit afgesloten met als afsluitreden 06.

Daarnaast zijn de voorwaarden van kracht die gelden voor parallelliteit bij verschillende diagnoses:

1. De diagnose mag niet in combinatie met zichzelf voorkomen in de Diagnose Combinatie Tabel.
2. Het parallelle zorgtraject betreft, aantoonbaar vanuit het dossier, een nieuwe zorgvraag én
3. het parallelle zorgtraject is nodig voor diagnostiek en behandeling én
4. het parallelle zorgtraject heeft een zorgprofiel met eigen ZA's met minimaal 1 ZA uit ZPK1, ZPK2, ZPK3 of een ZA uit de lijst operatieve (42-dagenregel zorgactiviteiten) verrichtingen en/of een ZA uit één van de groepen chronische thuisbeademing en/of chronische dialyse en/of verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen.

Voor parallelliteit met gelijke diagnoses geldt bovenop de punten 1 tot en met 4:



5. De 1<sup>e</sup> ZA uit de groep operatieve verrichtingen (42-dagenregel zorgactiviteiten) en de 2<sup>e</sup> ZA uit de groep operatieve verrichtingen (42-dagenregel zorgactiviteiten) zijn de ZA's die worden uitgevoerd ter behandeling van de dubbelzijdige aandoening.
6. Het betreft een dubbelzijdige aandoening waarvoor geen dubbelzijdig product bestaat.
7. De tweede ZA betreft geen heroperatie.

**LET OP:**

De Diagnose Combinatie Tabel is leidend. Deze is onderscheidend per specialisme en kan in de loop van de tijd wijzigen.

Alleen bij operatieve ingrepen aan beide zijden mag een parallel subtraject worden geopend. Het 2<sup>e</sup> parallelle subtraject wordt geopend op de dag van de 2<sup>e</sup> ingreep. Het mag dan niet gaan over een heroperatie.

Het parallelle zorgtraject heeft een zorgprofiel met eigen ZA's met minimaal 1 ZA uit ZPK1, ZPK2, ZPK3 of een ZA uit de lijst operatieve (42-dagenregel zorgactiviteiten) verrichtingen (tabblad 42-dagenregel zorgactiviteiten) en/of een ZA uit één van de groepen chronische thuisbeademing en/of, chronische dialyse en/of, verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of, één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen.

Er kunnen bij dubbelzijdige aandoeningen geen parallelle subtrajecten gedeclareerd worden van een conservatieve én operatieve traject. Daarom wordt het 1<sup>e</sup> (operatieve) zorgtraject afgesloten na 42 dagen na die operatie.

#### **G4. Wanneer mag een ander poortspecialisme een (parallel) zorgtraject openen?**

Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek\* niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.

\* Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

*Bron: NR/CU-260 art 8. ; NR/CU-266 art 5.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **G5. Zijn er uitzonderingen wat betreft het openen van meerdere zorgtrajecten?**

a) diabetes mellitus met complicaties (bijv. diabetische voet en diabetische retinopathie), aangezien sprake is van verschillende zorgvragen, diagnostiek en behandeling door verschillende poortspecialisten?

b) psoriasis van de huid en van de gewrichten aangezien er sprake is van verschillende zorgvragen, diagnostiek en behandeling door verschillende poortspecialismen?

*Bron: Verboden Toegestaan-lijst. Nr. 35.*

*Geldigheid: tot op heden.*

#### **LET OP:**

Bovenstaande situaties betreffen uitzonderingen.

In beide situaties is het openen van meerdere zorgtrajecten toegestaan. Voorwaarde hierbij is dat bij het openen van een nieuw zorgtraject sprake moet zijn van een **nieuwe zorgvraag (en bijbehorende separate diagnosestelling) én behandeling**. Het begrip zorgvraag dient benaderd te worden vanuit het perspectief van de patiënt.

### **G6. Kan de diagnose van een subtraject gewijzigd worden omdat een parallel zorgtraject is uitgesloten op basis van de Diagnose Combinatie Tabel?**

Indien zich bij een patiënt een 2<sup>e</sup> zorgvraag voordoet gedurende een openstaand subtraject en die 2<sup>e</sup> zorgvraag kan niet leiden tot een parallel zorgtraject omdat de combinatie van die beide diagnoses voorkomt op de Diagnose Combinatie Tabel (DCT), zal men de diagnose van de zorgvraag die het zwaarst weegt toekennen aan het lopende subtraject.

#### *Voorbeeld:*

Patiënt is bekend met zorgvraag aan een oog voor amblyopie (301-0154) en gedurende het zorgtraject doet zich aan het andere oog een forse refractieafwijking voor (301-0155) waarvoor extra onderzoek en behandeling nodig is, dan kan geen parallel zorgtraject geopend worden. Immers de combinatie 154-155 staat op de DCT lijst. Dan zal de diagnose van het subtraject gewijzigd worden van 154 in 155.

### **G7. Is het toegestaan om meerdere zorgtrajecten te openen als een patiënt onder behandeling is van een poortspecialisme en aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd door een ander poortspecialisme?**

Nee, dit is niet toegestaan. Er dient sprake te zijn van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling. Het uitvoeren van diagnostiek betreft een ondersteunende activiteit in een zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

*Bron: Verboden Toegestaan-lijst. Nr. 37.  
Geldigheid: tot op heden.*

### **G8. Hoe moeten verpleegdagen gekoppeld worden binnen één specialisme tijdens een klinische periode?**

Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan.

Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de regel dat binnen een specialisme maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend mag worden tijdens het klinische traject van de patiënt.

*Bron: NR/CU-260 art 8. ; NR/CU-266 toelichting pag 62 bij art 5a.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **LET OP:**

Wanneer tijdens één klinische opname twee subtrajecten parallel geopend zijn, kunnen de verpleegdagen maar aan één subtraject gekoppeld worden (het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan).

Bij parallele klinische subtrajecten tijdens dezelfde klinische periode kan slechts één klinisch DBC-zorgproduct gedeclareerd worden, het andere traject resulteert in een niet-klinisch DBC-zorgproduct.

Wanneer de parallele zorgvragen in aparte klinische periodes behandeld worden, kan dit wel resulteren in meerdere klinische DBC-zorgproducten.

*Bron: Registratieregels Algemene Toelichting, 3.1.1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2013 tot op heden.*

#### **LET OP:**

De Diagnose Combinatie Tabel is leidend. Deze is onderscheidend per specialisme.

## H. AANSPRAAK (VERZEKERDE / ONVERZEKERDE ZORG)

### H1. 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). Zorginstituut Nederland (voorheen College voor zorgverzekeringen; CVZ) geeft ten behoeve van het DBC-systeem aan of zorg die schuilgaat achter een zorgactiviteit wel of geen deel uitmaakt van het basispakket. Zorgactiviteiten die volgens het Zorginstituut niet of onder voorwaarden onder de basisverzekering Zvw vallen, krijgen van DBC-Onderhoud een code voor aanspraakbeperking (aanspraakcode). Deze code neemt DBC-Onderhoud op in de Zorgactiviteiten Tabel. Deze tabellen zijn te vinden op de website van DBC-Onderhoud.

*Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw  
Geldigheid: vanaf 7-7-2015 tot op heden.*

#### **LET OP:**

Voor een aantal zorgactiviteiten heeft het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ, College voor zorgverzekeringen) (ZiNL) vastgesteld dat ze slechts onder bepaalde voorwaarden recht geven om vanuit het basispakket (= ‘verzekerde zorg’) vergoed te worden. Het ZiNL legt die voorwaarden vast in een overzichtsdokument: **Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw**.

Dit document is aan wijzigingen onderhevig.  
Actuele wijzigingen worden in een apart hoofdstuk benoemd.

### H2. Wat betekent een aanspraak code?

Er zijn verschillende codes:

- Codes die beginnen met 16xx: dit betreft Zorgactiviteiten die uitgesloten zorg zijn.

Deze codes zijn: 1601 t/m 1609.

- Codes die beginnen met 26xx: dit betreft Zorgactiviteiten met beperkingen.

Deze codes zijn: 2601- t/m 2609.

- Codes die beginnen met 27xx: dit betreft Zorgactiviteiten met beperkingen, waarbij een **machtiging** (vooraf) vereist is. Deze codes zijn: 2701 t/m 2709.

*Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw.  
Geldigheid: vanaf 7-7-2015 tot op heden.*

#### **LET OP:**

Het is belangrijk dat men zich realiseert dat bepaalde zorgactiviteiten (zowel diagnostiek als ingrepen betreffend) 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, zoals bijvoorbeeld informatieverstrekking door een medisch specialist in het kader van een rijbewijskeuring, vallen buiten het domein van de basisverzekering en mogen dus niet vanuit de basisverzekering worden betaald.

**LET OP:**

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. Overzicht van de aanspraak codes: zie de inleiding in het brondocument.

*Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw.  
Geldigheid: vanaf 7-7-2015 tot op heden.*

### **H3. Wat betekent het als een zorgactiviteit een rode of oranje kleur heeft?**

Niet alle zorg die medisch specialisten leveren en in rekening brengen, maakt deel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorginstituut Nederland (voorheen College voor zorgverzekeringen; CVZ) geeft ten behoeve van het DBC-systeem aan of zorg die schuilgaat achter een zorgactiviteit wel of geen deel uitmaakt van het basispakket. Zorgactiviteiten die volgens het Zorginstituut niet of onder voorwaarden onder de basisverzekering Zvw vallen, krijgen van DBC-Onderhoud een code voor aanspraakbeperking (aanspraakcode). Deze code neemt DBC-Onderhoud op in de Zorgactiviteiten Tabel. Deze tabellen zijn te vinden op de website van DBC-Onderhoud. Een overzicht van de verschillende aanspraakcodes is hieronder te vinden. Een zorgactiviteit met aanspraakcode wordt ook voorzien van een kleurcode. Hierbij worden de volgende twee kleuren onderscheiden:

Rood: geen verzekerde zorg; Oranje: onder bepaalde voorwaarden verzekerde zorg.

***Kleurcode rood***

Rood staat voor activiteiten die niet tot het domein van de basisverzekering behoren. De 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, zoals bijvoorbeeld informatieverstrekking door een medisch specialist in het kader van een rijbewijskeuring, vallen buiten het domein van de basisverzekering en mogen dus niet vanuit de basisverzekering worden betaald. Rood staat ook voor zorg die niet onder de verzekeringsdekking is gebracht of van de verzekeringsdekking is uitgesloten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de vierde en volgende ivf-poging, sterilisatie en liposuctie van de buik. Rood kan ook betekenen dat de zorg niet tot het basispakket behoort omdat de zorg – vlot gezegd – niet als effectief kan worden beschouwd en daarmee niet voldoet aan het vereiste ‘de stand van de wetenschap en praktijk’.

***Kleurcode oranje***

Oranje staat voor zorg die alleen onder bepaalde voorwaarden onder de basisverzekering valt. Voor bepaalde zorg/verrichtingen geldt dat alleen bij bepaalde indicaties voldaan wordt aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Een voorbeeld hiervan is Deep Brain Stimulation. Zorginstituut

Nederland heeft vastgesteld dat deze behandeling voldoet aan genoemd criterium bij de ziekte van Parkinson, maar niet bij andere indicaties zoals therapieresistente Gilles de la Tourette. Verder is er zorg waarvoor de regelgever specifieke (indicatie)voorwaarden heeft gesteld. Dat geldt bijvoorbeeld voor het operatief plaatsten en vervangen van een borstprothese. Die zorg valt alleen onder de basisverzekering als sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

*Bron: Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw.*

*Geldigheid: vanaf 7-7-2015 tot op heden.*

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: CI/14/45c.*

*Geldigheid: vanaf 18-9-2014 tot op heden.*

#### **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.

#### **H4. Wat betekent het als in een subtraject ook zorgactiviteiten zijn geregistreerd die niet onder de basisverzekering vallen?**

##### **Toelichting 2015:**

Wanneer in een subtraject zowel verzekerde als onverzekerde zorg is geregistreerd zal daardoor het hele subtraject daarmee onverzekerd maakt.

Het is wettelijk niet toegestaan de registratie van de onverzekerde zorg achterwege te laten.

Daardoor kunnen dus situaties ontstaan waarbij een verzekerde behandeling (onverwacht/onbedoeld) tot een niet-verzekerde product leidt.

Dit probleem is door de NZa onderkend. Om deze reden is bovenstaande wijziging doorgevoerd waarbij enerzijds de registratie intact blijft maar anderzijds de beïnvloeding voorkomen wordt.

##### **Toelichting 2016:**

###### *Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg.*

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/CU-266 Art. 28 lid 1.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016.*

Vanaf 1 januari 2016 is het mogelijk om bij het leveren van onverzekerde zorg in combinatie met verzekerde zorg tijdens de looptijd van een DBC-product het onverzekerde deel als overig zorgproduct in rekening te brengen.

Een zorgproduct mag dus in principe gesplitst worden in een verzekerd deel en onverzekerd deel; mits er sprake is van aparte zorgactiviteiten met aparte prijzen.

##### **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.

*De NZa heeft aangegeven juridische risico's te zien in het met terugwerkende kracht invoeren van de OZP's vanaf 1 juli 2014. Zij geven hierbij aan dat zij geen zicht hebben op de wijze van declaratie van verzekerde en onverzekerde variceszorg in de periode juli 2014 tot en met 2015.*

# I. DURE GENEESMIDDELEN

## 11. Algemene informatie en bronnen

### **Toelichting 2015:**

Ten aanzien van vragen over dure geneesmiddelen, gaat het hier met name om de add-on aanvragen en de NZa besluiten. Als bronnen voor dit onderwerp dienen:

#### Add-on geneesmiddelen

Als hoofdregel voor de bekostiging van een geneesmiddel in de medisch specialistische zorg geldt dat dit geneesmiddel niet apart, maar als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct dient te worden gedeclareerd. Dit geldt voor DBC-zorgproducten in het vrije en het gereguleerde segment. Omdat de kosten van behandeling met een geneesmiddel sterk kunnen variëren op individueel niveau en een geneesmiddel daarnaast bij verschillende indicaties (en dus bij verschillende DBC-zorgproducten) kan worden ingezet, zou dit kunnen leiden tot kosteninhomogeniteit van één of meerdere DBC-zorgproducten waarbij dit middel wordt voorgeschreven. Om in dergelijke situaties negatieve gevolgen van kosteninhomogeniteit te voorkomen is - in afwijking van de hoofdregel - voor bepaalde geneesmiddelen, welke voldoen aan hierna te noemen criteria, een aparte declaratietitel gecreëerd: een add-on. (...)

*Bron: BR/CU-2136, art. 13.2; BR/CU-2147 art. 7.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### Brief NZA "Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren 2015"

De belangrijkste wijziging per 1 januari 2015 voor add-on geneesmiddelen betreft de aanvraagprocedure en het verdwijnen van de kostendrempel van gemiddeld €10.000,- per patiënt per jaar. Vanaf 1 januari 2015 dienen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk bij de NZa een aanvraag in om een combinatie van geneesmiddel (stofnaam) en indicatie als add-on te mogen declareren. (...)

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

De Federatie Medisch Specialisten heeft tevens een Informatiebrief add-on bekostiging en dure geneesmiddelen opgesteld. Deze informatiebrief gaat nader in op wijzigingen en procedures met betrekking tot de bekostiging van add-on dure geneesmiddelen (bijlage 10).



### **Toelichting 2016:**

De stollingsfactorenlister zoals die met ingang van 1 januari 2016 luidt, is gebaseerd op de Indicatielijst stollingsfactoren die geldig was op 31 december 2015.  
Vanaf 1 januari 2016 geldt de aanvraagprocedure voor add-on bekostiging ook voor stollingsfactoren.

*Bron: BR/CU-2136, bijlage 5; BR/CU-2147, art. 10.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## **12. Waarom is het beleid t.a.v. dure geneesmiddelen aangepast?**

Sommige dure geneesmiddelen hebben een grote invloed op het tarief van een DBC-ZP. Als bovendien dat geneesmiddel in wisselende mate wordt toegepast, afhankelijk van een indicatie, en bovendien zal kunnen verschillen per zorgaanbieder, zal namelijk de kosteninhomogeniteit groot zijn en de onderlinge vergelijkbaarheid tussen DBC's verloren gaan.

Indien een duur geneesmiddel als add-on kan worden gedeclareerd, wordt bij toepassing van dat geneesmiddel voor de geldende indicatie gedeclareerd buiten de DBCZP-prijs om. Daarmee wordt de prijs van de DBC-ZP niet meer belast met de prijs van het dure geneesmiddel.

### **Voorbeeld:**

In instelling A wordt de behandeling met een duur geneesmiddel in 15% van de patiënt toegepast. In instelling B waar de casemix anders is, wordt in diezelfde DBC 30% van de patiënten behandeld met dat geneesmiddel. Daardoor zal de prijs van de DBC onderling sterk kunnen verschillen. Indien het duur geneesmiddel de status van add-on heeft, wordt het in het geheel uit de DBC gehaald en afzonderlijk gedeclareerd. Daardoor wordt de DBC prijs weer vergelijkbaar.

In de regeling die geldend was tot eind 2014, bestond een drempel voor de toekenning van een duur geneesmiddel als add-on bekostiging: de kosten moesten minimaal € 10.000 per jaar per patiënt zijn. Per 1 januari 2015 is die drempel losgelaten.

De aanvraagprocedure is gewijzigd: sedert 1 januari 2015 dient een aanvraag voor add-on bekostiging ingediend te worden door een zorgaanbieder gezamenlijk met een zorgverzekeraar. Voor een duur geneesmiddel wordt dan een aanvraag ingediend om een duur geneesmiddel als add-on te mogen declareren voor toepassing van dat geneesmiddel (stofnaam) voor een bepaalde indicatie. Die aanvraag wordt ingediend bij de NZa.

## **13. Wat is er veranderd t.a.v. de aanvraag voor een add-on voor een duur geneesmiddel?**

De aanvraagprocedure is gewijzigd: sedert 1 januari 2015 kan een aanvraag ingediend worden door een zorgaanbieder gezamenlijk met een zorgverzekeraar.

Per 1 januari 2015 is het volgende veranderd:

- Het wijzigingsverzoek 'add-on bekostiging' kan op elk moment worden ingediend bij de NZa door een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
- De aanvraag geldt zowel voor het toevoegen als voor het verwijderen van een duur geneesmiddel in de add-on lijst.
- De NZa heeft een procedure ingesteld waarin de perioden van beoordeling van aanvraag zijn beschreven en wanneer de NZa een besluit neemt
- Bij een positief besluit van de NZa gaat (in principe) op de eerste dag van de volgende maand dat besluit in. Dat betekent dat het duur geneesmiddel vanaf dat moment door alle zorgaanbieders als add-on gedeclareerd moet worden. Dit betekent in feite dus een wijziging gedurende het lopende jaar.
- Hoe om te gaan met deze tussentijdse wijziging staat beschreven in Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116.

**LET OP:**

Vanaf 1 januari 2016 kan een OZP stollingsfactor wijzigingsaanvraag uitsluitend nog bij de NZa worden ingediend. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen hiervoor een verzoek indienen, als zij vinden dat het niet mogelijk is om een stollingsfactor uit het tarief van een DBC-zorgproduct te bekostigen.

**14. Wat geldt voor de registratie en aanspraak voor add-on geneesmiddelen?**

De NZa heeft beschreven op welke wijze registratie en declaratie dient te geschieden afhankelijk of een duur geneesmiddel voor een bepaalde indicatie wordt toegepast en of het daarvoor wel/niet als add-on is geregistreerd.

Er zijn 3 situaties:

1. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam én de indicatie waarvoor deze stofnaam wordt gebruikt is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel als add-on declareren.
2. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam niet is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct.
3. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam wel is opgenomen op de add-on lijst, maar de indicatie van de patiënt niet is opgenomen bij deze stofnaam op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct.

*Bron: BR/CU-2136, art. 13.2. ; NR/CU-266 art 33a ad 9 en 10.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## **15. Wat geldt voor de declaratie van een duur geneesmiddel dat als add-on geldt?**

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

Bij declaratie van een add-on geneesmiddel wordt het zorgtrajectnummer van het zorgtraject waarop het betrekking heeft meegestuurd.

Voetnoot 44: Deze voorwaarde is niet van toepassing als een behandeling in het buitenland wordt geleverd en het bijhorende geneesmiddel met een add-on declaratietitel in Nederland wordt toegediend en gedeclareerd.

*Bron: BR/CU-2136, art. 15. ; NR/CU-266 art 33a lid 5.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Een volledig overzicht van de minimale informatieverplichting per soort overige zorgproduct is te vinden in NR/CU-260 onder artikel 17 in tabel 1.

## **16. Hoe wordt een duur geneesmiddel vergoed?**

Indien een duur geneesmiddel een add-on wordt, stelt de NZa ook een integraal (max) tarief vast. In lokale onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars wordt afgesproken of, tegen welke prijs, en op welke wijze een add-on wordt vergoed.

Indien een duur geneesmiddel **geen** add-on is, wordt de prijs meegenomen in het integraal tarief van de betreffende DBC. Deze prijs is onderdeel van lokale prijs en volume onderhandelingen en kan dus per zorgaanbieder en per zorgverzekeraar verschillend zijn.

Er zijn 3 situaties:

1. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam én de indicatie waarvoor deze stofnaam wordt gebruikt is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel als add-on declareren.
2. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam niet is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct.
3. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam wel is opgenomen op de add-on lijst, maar de indicatie van de patiënt niet is opgenomen bij deze stofnaam op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct.

*Bron: BR/CU-2136, art. 13.2. ; NR/CU-266 art 33a lid 9 en 10.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## **17. Wat betekent het als een geneesmiddel een add-on is geworden voor registratie en declaratie?**

Een besluit van de NZa kan dus tot gevolg hebben dat lopende het jaar een duur geneesmiddel de add-on status krijgt. Dat besluit heeft een juridische status.

Echter, in de tabellen die gebruikt worden voor de ICT, wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde releases die DBC Onderhoud (DBC<sub>o</sub>) uitbrengt. Dit geschiedt echter meestal 1 x per jaar. Op die manier ontstaat dus een verschil tussen wat men zou moeten registreren en declareren en wat volgens de tabellen van DBC<sub>o</sub> mogelijk is.

### **LET OP:**

Er kunnen zich dan 2 verschillende situaties voordoen:

1. Het betreft toevoeging van een indicatie bij een als add-on geregistreerde stofnaam, zonder dat daar de stofnaam zelf wordt toegevoegd of verdwijnt.

Bij deze situatie geldt:

Toevoeging van een indicatie aan een stofnaam die al op de add-on lijst staat leidt niet tot wijziging van tabellen van DBC-Onderhoud en vormt dan ook geen onderdeel van de release. De reden hiervoor is dat er geen zorgactiviteitencodes worden vastgesteld per indicatie, maar per stofnaam.

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116, voetnoot 1. Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Dit betekent dat indien de stofnaam reeds voorkomt op de add-on lijst, maar het een wijziging in de indicatie (toevoeging) betreft, er reeds vanaf de ingangsdatum geregistreerd en gedeclareerd moet worden.

2. Het betreft het de toevoeging/verwijdering van een nieuwe stofnaam. In de voetnoot bij die brief staat namelijk:

Indien voor een bepaalde stofnaam wel een add-on prestatie is vastgesteld en in werking is getreden, maar deze prestatie nog niet verwerkt is in de release, dan dienen deze prestaties in de tussenliggende tijd extracomptabel te worden gedeclareerd door instellingen bij zorgverzekeraars. Dit kan op verschillende manieren, waaronder aparte invoering van prestaties in lokale tabellen. De keuze hiervoor moet worden gemaakt tussen (individuele) instellingen en zorgverzekeraars.

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116. Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Indien een indicatie of stofnaam van de add-on lijst verwijderd wordt, is de einddatum van de betreffende add-on 31 december van het jaar t. De aanvraag voor verwijdering kan uiterlijk 1 januari van het jaar t worden ingediend.

**LET OP:**

Er bestaan dus twee verschillende tabellen: een actuele NZa-tabel met ingangsdatum van het dure geneesmiddel als add-on, en een release tabel van DBC Onderhoud:

Het bestaan van een datum van inwerkingtreding en een hiervan afwijkende datum release betekent dat er twee tabellen bestaan waarin add-on prestaties zijn opgenomen: de maandelijks geactualiseerde 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen' en de tabellen die eenmaal per jaar via een release zijn vastgesteld. Om de relatie tussen beide tabellen overzichtelijk te houden, is in de 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen' van de NZa een kolom opgenomen waarin wordt aangegeven in welke release de add-on wijziging wordt opgenomen.

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **18. Wanneer is het zinvol om voor een geneesmiddel een add-on aanvraag te doen?**

Het is zinvol om een aanvraag in te dienen als de invloed van de kosten van het dure geneesmiddel zodanig is dat er sterk wisselende kostprijzen ontstaan, en met name afhankelijk is van de casemix. 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 duur 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" is.

Van de eis dat sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie op de add-on geneesmiddelenlijst kan door de NZa worden afgeweken indien er sprake is van een positief en onderbouwd oordeel van Zorginstituut Nederland of van de aanvragende zorgverzekeraar(s) aangaande de stand van de wetenschap en praktijk voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie. Indien beschikbaar dient het betreffende oordeel van Zorginstituut Nederland bijgevoegd te worden bij de add-on geneesmiddel aanvraag.

*Bron: BR/CU-2147 art 10.5.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016 tot op heden.*

Men moet rekening houden met het gegeven dat indien een duur geneesmiddel voor een bepaalde indicatie als add-on wordt vastgesteld, dit voor alle zorgaanbieders geldt en gedurende een lopend jaar ingang kan vinden.

Indien een duur geneesmiddel een add-on wordt, stelt de NZa ook een integraal tarief vast. Daarbij geldt:

In de NZa prestatietabel is opgenomen voor welke combinaties van stofnamen en indicaties een add-on prestatie geldig is. Dit betekent dat indien:

- een geneesmiddel is verstrekt of toegediend aan een patiënt binnen de medisch specialistische zorg én
- het geneesmiddel een werkzame stof bevat dat in de NZa prestatietabel is opgenomen én
- de indicatie waarvoor het is verstrekt of toegediend aan de betreffende patiënt is opgenomen in de NZa prestatietabel bij deze werkzame stof,
- de van toepassing zijnde add-on prestatiebeschrijving kan worden gedeclareerd met een tarief gelijk of lager dan het maximumtarief zoals opgenomen in de NZa tarieventabel.

*Bron: NZa Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen ('add-on geneesmiddelenlijst')*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **19. Wat is de aanvraag en beoordelingsprocedure voor dure geneesmiddelen als add-on?**

De hele procedure staat beschreven in BR/CU-2136 onder artikel 13.2. en BR/CU-2147 art. 10.

*Bron: BR/CU-2136 art 13.2 ; BR/CU-2147 art 10.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Een verkorte weergave staat hieronder:

1. De aanvraag wordt gezamenlijk ingediend door een zorgaanbieder én zorgverzekeraar.
2. Aanvragers dienen gezamenlijk het 'Formulier wijzigingsaanvraag add-on' in bij de NZa.
3. Binnen twintig werkdagen na ontvangst verzoekt de NZa de vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) een advies te geven over de aanvraag.
4. De registratiehouder wordt op de hoogte gesteld van de ingediende aanvraag.
5. De registratiehouder kan een zienswijze aangeven m.b.t. de aanvraag.
6. Vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN) geven een gezamenlijk advies over de aanvraag uiterlijk 6 weken na ontvangst van het adviesverzoek van de NZa.
7. De NZa neemt uiterlijk twintig werkdagen na ontvangst van het advies van NVZ, NFU, ZKN en ZN een besluit over de opname of verwijdering van een stofnaam en/of indicatie op of van de add-on lijst en de datum van inwerkingtreding.
8. Het besluit van de NZa tot opname of verwijdering wordt gepubliceerd op de website van de NZa, in de Staatscourant en wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen.
9. Bij een positief besluit tot opname van een stofnaam en/of indicatie op de add-on lijst, is in principe de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de maand opvolgend op de datum van besluit, indien tussen deze twee data minstens vijf werkdagen zitten.
10. Indien de periode genoemd in het vorige lid minder dan vijf werkdagen bedraagt, dan is de datum van inwerkingtreding de eerste dag van de tweede maand na de datum van vaststelling van het besluit.

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

**LET OP:**

In 2016 zijn de reactie termijnen zoals beschreven onder punt 3 en punt van 10 dagen naar 20 dagen verruimd.

**110. Waar is te vinden welke aanvragen voor add-on er lopen?**

U kunt de belangrijkste en actuele documenten vinden via de website van de NZa; [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

NZa > Home > Zorgonderwerpen

Hier is ook het overzicht te vinden van de wijzigingsverzoeken die in behandeling zijn.

**111. Waar is te vinden welke dure geneesmiddelen als add-on gelden?**

Er zijn verschillende overzichten beschikbaar vanuit de NZa en deze kunnen dus per maand wijzigen.

De belangrijkste en actuele documenten zijn te vinden via de website van de NZa; [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

NZa > Home > Onderwerpen > Ziekenhuiszorg > Add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren  
> Prestatie- en tarieventabel-add-on geneesmiddelen  
> Prestatie- en tarieventabel stollingsfactoren

Deze NZa Prestatie- en Tarieventabel Add-on geneesmiddelen heeft verschillende tabbladen:

- **Toelichting**
- **NZa-tarieventabel:** declaratie code, productomschrijving en integraal tarief
- **NZA-prestatietabel:** stofnaam, indicatie, ingangsdatum, verwerking in releasenummer
- **Wijzigingen:** wijziging, stofnaam, prestatieomschrijving, verwerkt in versie 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen

In de NZa prestatietabel is opgenomen voor welke combinaties van stofnamen en indicaties een add-on prestatie geldig is en vanaf welke datum. Dit betekent dat indien:

- een geneesmiddel is verstrekt of toegediend aan een patiënt binnen de medisch specialistische zorg én
- het geneesmiddel een werkzame stof bevat dat in de NZa prestatietabel is opgenomen én
- de indicatie waarvoor het is verstrekt of toegediend aan de betreffende patiënt is opgenomen in de NZa prestatietabel bij deze werkzame stof,
- de van toepassing zijnde add-on prestatiebeschrijving kan worden gedeclareerd met een tarief gelijk of lager dan het maximumtarief zoals opgenomen in de NZa tarieventabel.

*Bron: NZa Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen ('add-on geneesmiddelenlijst').  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

**LET OP:** de inhoud van deze tabel kan dus maandelijks wijzigen.

De tariefbeschikking voor een geneesmiddel waarvoor add-on bekostiging is toegekend, is terug te vinden op de website van de NZa; [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

NZa > Home > Beleid en regels > Tarieven en prestaties > Ziekenhuiszorg > Tarieven en prestaties DBC-systematiek

## **I12. Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on lijsten?**

Een besluit van de NZa kan dus tot gevolg hebben dat lopende het jaar een duur geneesmiddel de add-on status krijgt. Dat besluit heeft een juridische status.

Echter, in de tabellen die gebruikt worden voor de ICT, wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde releases die DBC Onderhoud (DBCo) uitbrengt. Dit geschiedt echter meestal 1 x per jaar. Op die manier ontstaat dus een verschil tussen wat men zou moeten registreren en declareren en wat volgens de tabellen van DBCo mogelijk is.

**LET OP:**

Er kunnen zich dan 2 verschillende situaties voordoen:

1. Het betreft toevoeging van een indicatie bij een als add-on geregistreerde stofnaam, zonder dat daar de stofnaam zelf wordt toegevoegd of verdwijnt.

Bij deze situatie geldt:

Toevoeging van een indicatie aan een stofnaam die al op de add-on lijst staat leidt niet tot wijziging van tabellen van DBC-Onderhoud en vormt dan ook geen onderdeel van de release. De reden hiervoor is dat er geen zorgactiviteitencodes worden vastgesteld per indicatie, maar per stofnaam.

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116, voetnoot 1.  
Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Dit betekent dus dat indien de stofnaam reeds voorkomt op de add-on lijst, maar er een wijziging in de indicatie (toevoeging) gaat, er reeds vanaf de ingangsdatum geregistreerd en gedeclareerd moet worden.

2. Het betreft de toevoeging/verwijdering van een nieuwe stofnaam. In de voetnoot bij die brief staat namelijk:

Indien voor een bepaalde stofnaam wel een add-on prestatie is vastgesteld en in werking is getreden, maar deze prestatie nog niet verwerkt is in de release, dan dienen deze prestaties in de tussentijdse tijd extracomptabel te worden gedeclareerd door instellingen bij zorgverzekeraars.



Dit kan op verschillende manieren, waaronder aparte invoering van prestaties in lokale tabellen. De keuze hiervoor moet worden gemaakt tussen (individuele) instellingen en zorgverzekeraars.

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

Ten aanzien van de declaratie van de nieuwe add-on middels (extra) tussentijdse tabellen schrijft de NZa in een reactie dat er technisch 2 mogelijkheden zijn:

- De add-ons worden in de tussenliggende tijd extracomptabel gedeclareerd door ziekenhuis bij zorgverzekeraars. Zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar moeten deze add-ons invoeren in hun systemen, zodat deze geregistreerd, gedeclareerd en betaald kunnen worden.
- De add-ons worden in de tussenliggende tijd wel geregistreerd in het ziekenhuis, maar declaratie vindt plaats na technische verwerking in de prestatie- en tarieventabellen in de eerst mogelijke release. In de tussenliggende periode worden eventueel afspraken gemaakt over bevoorschotting.

#### **LET OP:**

Er bestaan dus twee verschillende tabellen: een actuele NZa-tabel met ingangsdatum van het duur geneesmiddel als add-on, en een release tabel van DBC Onderhoud:

Het bestaan van een datum van inwerkingtreding en een hiervan afwijkende datum release betekent dat er twee tabellen bestaan waarin add-on prestaties zijn opgenomen: de maandelijks geactualiseerde 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen' en de tabellen die eenmaal per jaar via een release zijn vastgesteld. Om de relatie tussen beide tabellen overzichtelijk te houden, is in de 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen' van de NZa een kolom opgenomen waarin wordt aangegeven in welke release de add-on wijziging wordt opgenomen.

*Bron: Brief van directie Zorgmarkten Cure, dd. 30 januari kenmerk: CI/15/01c 0114661/0161116.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

### **I13. Wat houdt het (integraal) tarief voor een add-on in?**

Elke duur geneesmiddel dat als add-on geregistreerd staat wordt middels een integraal tarief gedeclareerd naast een DBC en gelden per toediening per milligram (mg), unit (E) of megabecquerel (MBq) per toedieningsvorm.

#### **Tariefbepaling:**

De kostenbedragen van add-on geneesmiddelen zijn gebaseerd op de laagste lijstprijs (apothekinkoopprijs, AIP) per (eenheden van) gram (g), unit (E of IE) of becquerel (Bq) per toedieningsvorm. Dit betekent dat de NZa de lijstprijs omrekent naar de prijs per (eenheden van) g, E, IE of Bq per toedieningsvorm. De NZa stelt één keer per jaar het maximumtarief vast op basis van de lijstprijzen. De ijkdatum voor de tarieven van jaar t is de lijstprijs van 1 april van jaar t-1. De add-on geneesmiddel maximumtarieven zijn inclusief 6% BTW.

*Bron: BR/CU-2147 art 12 ad 4.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2016 tot op heden.*

#### **I14. Wat is de regel als er een indicatie als add-on wordt toegevoegd waarvoor het geneesmiddel NIET geregistreerd is?**

##### **Uitzondering:**

Op de in het voorgaande omschreven voorwaarden en aanvraagprocedure voor vaststelling van een nieuwe add-on geldt de volgende uitzondering:

Uitzondering bij toevoeging van een niet-geregistreerde indicatie

Op de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie kan een uitzondering worden gemaakt indien er sprake is van een positief en onderbouwd oordeel van het Zorginstituut Nederland of aanvragende zorgverzekeraar(s) aangaande de stand van wetenschap en praktijk voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie.

*Bron: BR/CU-2136, art. 13.2. ; BR/CU-2147 art 10 lid 5.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

#### **I15. Wie neemt de besluiten ten aanzien van add-on aanvragen?**

De NZa neemt besluiten op grond van de adviezen.

#### **I16. Tegen welke problemen kan men aanlopen bij de registratie en declaratie?**

Het is van belang dat men zich oriënteert op enerzijds wijzigingsverzoeken en de uitkomst daarvan. Maandelijks zal NZa de tabel voor add-on kunnen updaten.

Problemen kunnen zich voordoen zolang er wel een besluit van de NZa is over een toevoeging, maar nog geen passende release is van DBCo. De NZa heeft aangegeven hoe men daar lokaal mee verder kan.

Hierbij kan onderscheid gemaakt worden in:

- Toevoeging van nieuwe stofnaam aan add-on lijst
- Toevoegen van indicatie bij stofnaam die reeds voorkomt op de add-on lijst.

Ten aanzien van de registratie kunnen zich dan problemen voordoen, omdat er geen documenten hiervoor (vanuit de release van DBCo) zijn ingevoerd in het ICT systeem.

Zie hiervoor ook vraag I17. *Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on lijsten bij de registratie?*

### **I17. Hoe om te gaan met tussentijdse wijzigingen in de add-on lijsten bij de registratie?**

Ten aanzien van declaratie doen zich echter ook praktische problemen voor. Indien een geneesmiddel als add-on is aangemerkt zal, indien gebruik gemaakt wordt van een separate declaratietabel met de zorgverzekeraar ook overeengekomen moeten worden op welke wijze e.e.a. invloed heeft op de daaraan voorafgaande DBC-ZP-tarief. Hierbij kan het van belang zijn na te gaan over hoeveel DBC's het gaat binnen het DBC-ZP (indicatie afhankelijk) en over hoeveel oorspronkelijke gemiddelde toedieningen in die kostprijs waren opgenomen.

#### **Voorbeeld:**

In het (lokale) profiel van een DBC-ZP zit gemiddeld 2 keer de toediening van een geneesmiddel (prijs per middel: 400 €) bij 30% van de patiënten. De afgesproken totaal DBC-ZP- prijs is 1500 €.

Op het moment dat het geneesmiddel een add-on is geworden én met de verzekeraar overeengekomen is dit middel als add-on te registreren en declareren, zal de prijs vanaf dat moment verlaagd kunnen worden met  $2 \times 400 \times 30\% = 240$  €.

Men kan vanaf dat moment het geneesmiddel per toediening registreren/declareren tegen het door de NZa vastgestelde integraal tarief. Wellicht is dat door de NZa vastgesteld tarief voor die add-on bij die bepaalde indicatie lager of hoger dan 400 €. Daarmee moet men dan wel rekening houden.

Ten aanzien van de declaratie van de nieuwe add-on middels (extra) tussentijdse tabellen schrijft de NZa in een reactie dat er technisch 2 mogelijkheden zijn:

- De add-ons worden in de tussenliggende tijd extracomptabel gedeclareerd door ziekenhuis bij zorgverzekeraars. Zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar moeten deze add-ons invoeren in hun systemen, zodat deze geregistreerd, gedeclareerd en betaald kunnen worden.
- De add-ons worden in de tussenliggende tijd wel geregistreerd in het ziekenhuis, maar declaratie vindt plaats na technische verwerking in de prestatie- en tarieventabellen in de eerst mogelijke release. In de tussenliggende periode worden eventueel afspraken gemaakt over bevoorschotting.

#### **LET OP:**

De lijst met indicaties kan gedurende het jaar wijzigen.

De NZa stelt alleen voor nieuw geregistreerde stofnamen en/of indicaties maandelijks een add-on vast. Omdat deze nog niet eerder zijn toegepast zijn deze nog niet verwerkt in DBC prijzen/tarieven.

Voor stofnamen en/of indicaties die langer dan een jaar zijn geregistreerd, geldt dat de NZa een add-on alleen op 1 januari van het volgende jaar laat ingaan, om voorbereidingstijd te geven om de DBC-prijzen/tarieven aan te passen.

### **I18. Wat betekent een tabel waarin staat voor welke indicaties een geneesmiddel is geregistreerd?**

Er bestaan ook andere tabellen waarin terug te vinden is voor welke indicaties een geneesmiddel geregistreerd is. Die tabel heeft geen directe relatie met de tabel voor dure geneesmiddelen als add-on. Die tabellen laten alleen zien voor welke indicaties een geneesmiddel on/off-label toegepast wordt.

De NZa heeft wel aangegeven dat er voor een off-label indicatie een uitzondering bestaat t.a.v. aanvragen voor add-on:

Uitzondering bij toevoeging van een niet-geregistreerde indicatie:

Op de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een geregistreerde indicatie kan een uitzondering worden gemaakt indien er sprake is van een positief en onderbouwd oordeel van het Zorginstituut Nederland of aanvragende zorgverzekeraar(s) aangaande de stand van wetenschap en praktijk voor wat betreft de toepassing van de stofnaam voor een niet-geregistreerde indicatie.

*Bron: BR/CU-2136, art. 13.2. ; BR/CU-2147 art 10 lid 5.*

*Geldigheid: vanaf 1-1-2015 tot op heden.*

## BIJLAGES

- Bijlage 1: [BR/CU-2136](#), Prestaties en Tarieven MSZ.
- Bijlage 2: [NR/CU-260](#), Regeling MSZ.
- Bijlage 3: [CI/14/3c](#), Toelichting regelgeving MSZ. dd. 21 febr. 2014.
- Bijlage 4: [CI/14/44c](#), Taakherschikking per 2015 dd. 18 sept. 2014.
- Bijlage 5: [CI/14/45c](#), Aanspraak en bekostiging in de MSZ. dd. 18 sept. 2014.
- Bijlage 6: [B-14-2874-gsal1](#), Rechtstreeks verwijzen door jeugdartsen. dd. 11 maart 2014
- Bijlage 7: [Algemene Toelichting Registratieregels](#). Versie 20141113.
- Bijlage 8: [Verboden Toegestaan Lijst](#).
- Bijlage 9: [Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw](#).
- Bijlage 10: [Indeling zorgprofielklassen](#).
- Bijlage 11: [Informatiebrief add-on bekostiging en dure geneesmiddelen](#).
- Bijlage 12: [Handboek gebruik zorgactiviteiten](#). Versie 20140521.
- Bijlage 13: [Registratieaddendum](#).
- Bijlage 14: [Diagnose Combinatie Tabel 2015](#).
- Bijlage 15: [BR/CU-2147](#), Prestaties en Tarieven MSZ.
- Bijlage 16: [NR/CU-266](#), Regeling MSZ.
- Bijlage 17: [Wijzigingen DBC-release RZ16a v2015070](#)
- Bijlage 18: [Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw](#).
- Bijlage 19: [CI/15/27c](#), Vaststelling DBC-pakket MSZ 2016 dd. 1 jul. 2015.
- Bijlage 20: [CI/15/39c](#), Definitie dagverpleging per 2016 dd. 17 jul. 2015.
- Bijlage 21: [Diagnose Combinatie Tabel 2016](#)
- Bijlage 22: [Handleiding Release RZ16b v20151119](#)
- Bijlage 23: [Wijzigingen DBC release RZ16b v20151119](#).
- Bijlage 24: [CI-15-50c](#), Update DBC-pakket medisch specialistische zorg 2016 (RZ16b)