

Inhoudsopgave

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

artikel 1.	Grondslag	2
artikel 2.	Aanwijzingen	2
artikel 3.	Doel	2
artikel 4.	Reikwijdte	2
artikel 5.	Inwerkingtreding	2
artikel 6.	Vervallen beleidsregels	3
artikel 7.	Samenloop	3
artikel 8.	Begrippen en afkortingen	3
artikel 9.	Soorten prestaties	7
artikel 10.	DBC-zorgproducten	7
artikel 11.	Overige zorgproducten	12
artikel 12.	Add-ons	12
artikel 13.	Ondersteunende producten (OP's)	18
artikel 14.	Overige producten (OVP's)	22
artikel 15.	Overige trajecten	22
artikel 16.	Overige verrichtingen	23
artikel 17.	Tariefopbouw en tariefsoorten	24
artikel 18.	Kostenbedragen DBC-zorgproducten	26
artikel 19.	Kostenbedragen overige zorgproducten	29
artikel 20.	Honorariumbedragen DBC-zorgproducten	31
artikel 21.	Berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten	31
artikel 22.	Honorariumbedragen overige zorgproducten	34
artikel 23.	Ondersteunende specialismen in het vrije segment	34
Bijlage 1	Overzicht DBC-zorgproducten	35
Bijlage 2	Typeringslijsten	35
Bijlage 3	Geldige zorgactiviteiten	35
Bijlage 4	Overzicht overige zorgproducten	35
Bijlage 5	Indicatielijst Add-ons	35
Bijlage 6	Indicaties stollingsfactoren	35
Bijlage 7	Lijst ondersteunerhonoraria B-segment	35

Artikel 1. Grondslag

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
2 van 35

Artikel 2. Aanwijzingen

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

artikel 3. Doel

In deze beleidsregel beschrijft de NZa haar beleid met betrekking tot de prestaties en tarieven voor de medisch specialistische zorg.

artikel 4. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria en abortusklinieken) en door audiologische centra en centra voor erfelijkheidsonderzoek.

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

Deze beleidsregel is eveneens van toepassing op handelingen¹ op het gebied van de individuele gezondheidszorg of werkzaamheden² in het kader van de beroepsuitoefening geleverd door of onder verantwoordelijkheid van zorgaanbieders die medisch specialistische zorg leveren voor zover deze handelingen en werkzaamheden niet zijn begrepen onder het hierboven genoemde.

artikel 5. Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2012. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2011, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst, en werkt hij terug tot en met 1 januari 2012.

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

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
3 van 35

artikel 6. Vervallen beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de navolgende beleidsregels ingetrokken.

- Beleidsregel Heffingsrente (CI-1096)
- Kostenbedragen DBC's medisch specialistische zorg A-segment (BR/CU-2009)
- Honorariumbedragen DBC's medisch specialistische zorg (BR/CU-2031)
- Verrichtingenlijst ten behoeve van DBC's (BR/CU-2020)
- Trendmatige aanpassing kostenbedragen (CI-1122)
- Samenstelling van het B-segment (CI-1068)
- Beleidsregel verplichte DBC-registratie (CI-905)
- Beleidsregel dure geneesmiddelen (BR/CU-2017)
- Beleidsregel weesgeneesmiddelen (BR/CU-2018)
- DBC-tarieven en overige tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU 2012)
- Beleidsregel module voor intensieve neurologische behandeling en begeleiding van MS-patiënten (CI-934)
- Beleidsregel 'De maximumtarieven prenatale screening door of vanwege de zorginstelling' (CV-5600-6.0.1.-1)

artikel 7. Samenloop

De in artikel 6 genoemde beleidsregels blijven van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

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

artikel 8. Begrippen en afkortingen

In deze beleidsregel worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

8.1 Add-on

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

8.2 Beslisboom

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

8.3 BKZ per specialisme

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
4 van 35

8.4 Budgettair Kader Zorg (BKZ)

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

8.5 DBC

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

8.6 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.

8.7 DBC-zorgproductcode

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

8.8 DBC-zorgproductgroep

Een DBC-zorgproductgroep is een verzameling van DBC-zorgproducten geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD10 diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke DBC-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.

8.9 DBC-zorgproductgroepcode

Een zescijferige code van de DBC-zorgproductgroep, waartoe het DBC-zorgproduct behoort.

8.10 Declaratiedataset

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

8.11 Diagnose-combinatietabel

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

8.12 Eigen patiënt

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
5 van 35

8.13 Grouper

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

8.14 Honorariumbedrag (of honorariumcomponent)

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

8.15 Hoofdbehandelaar

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

8.16 ICD10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, onderhouden door de World Health Organisation (WHO). ICD10 is gebruikt als basis voor de productstructuur.

8.17 Kostenbedrag (of kostencomponent)

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

8.18 Onderlinge dienstverlening

Er is sprake van onderlinge dienstverlening indien geen sprake is van een 'eigen patiënt' volgens de definitie, maar de prestatie op verzoek van een andere instelling respectievelijk een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) wordt geleverd. Indien deze prestatie is uitgedrukt in zorgactiviteiten behoren deze tot het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

8.19 Ondersteunende producten (OP)

Een ondersteunend product (OP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een niet-poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.

8.20 Ondersteuners compensatiefactor (OCF)

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
6 van 35

8.21 Overige producten (OVP)

Een overig product (OVP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OVP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt.

8.22 Overige trajecten

Een overig traject valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is zoals gezonde zuigeling en verkeerde-beddag.

8.23 Overige verrichtingen

Een overige verrichting valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Onder overige verrichtingen worden verstaan; los declarabele verrichtingen die niet te definiëren zijn als OVP, OP of overige traject. Voorbeelden hiervan zijn bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie.

8.24 Overige zorgproducten

De prestaties binnen de medisch specialistisch zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten. Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.

8.25 Poortspecialist

Een poortspecialist is de medisch specialist naar welke een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: Oogheelkunde (0301), KNO (0302), Heelkunde/Chirurgie (0303), Plastische chirurgie (0304), Orthopedie (0305), Urologie (0306), Gynaecologie (0307), Neurochirurgie (0308), Dermatologie (0310), Inwendige Geneeskunde (0313), Kindergeneeskunde/Neonatalogie (0316), Gastro-enterologie/MDL (0318), Cardiologie (0320), Longgeneeskunde (0322), Reumatologie (0324), Allergologie (0326). Revalidatie (0327), Cardio-Pulmonale Chirurgie (0328), Consultatieve psychiatrie (0329), Neurologie (0330), Klinische Geriatrie (0335), Radiotherapie (0361).³ De poortfunctie kan ook door een ondersteunend specialisme worden ingenomen dat hiervoor een door de NZa vastgestelde typeringslijst heeft, zoals radiologie (0362), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390). Daarnaast kent de audiologie (1900) ook een eigen typeringslijst. De (poort)specialist is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

³ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren in overige zorgproducten.

8.26 Reken-BKZ

Het reken-BKZ verwijst in de honorariumberekening naar een fictief BKZ voor specialisten in loondienst. Het budget voor specialisten in loondienst betreft een niet geormerkt deel van het BKZ Ziekenhuizen.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
7 van 35

8.27 Subtraject

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

8.28 Uitvalproduct

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

8.29 Verdeelsleutel

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

8.30 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 welke DBC-zorgproduct kan worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

8.31 Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

8.32 Zorgtraject

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

artikel 9. Soorten prestaties

De prestaties binnen de medisch specialistisch zorg zijn onderverdeeld in:

1. DBC-zorgproducten
2. Overige zorgproducten

artikel 10. DBC-zorgproducten

Een DBC-zorgproduct is een prestatie die is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten. Een subtraject dat voldoet aan de voorwaarden met betrekking tot de afleiding ervan, leidt, in combinatie met het zorgprofiel, tot een declarabel DBC-zorgproduct. De DBC-zorgproducten zijn weergegeven in [bijlage 1](#).

10.1 DBC-zorgproductgroep

DBC-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende DBC-zorgproductgroepen. De basis voor deze indeling zijn de hoofd- en subhoofdstukken van de ICD10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot DBC-zorgproducten. Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD10 hoofdstukken. Een aantal DBC-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD10. Deze worden ook wel de PreMDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de PreMDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD10 hoofdstukken.

10.2 DBC-zorgproduct

Voor declaratiedoeleinden wordt een DBC-zorgproduct voorzien van een DBC-zorgproductcode met negen posities, samengesteld uit de DBC-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).

10.3 Aanvullende voorwaarden DBC-zorgproducten

Voor de volgende DBC-zorgproducten gelden de hierna vermelde aanvullende voorwaarden.

10.3.1 *Nazorg cochleaire implantaten (KNO)*

Het bedrag voor nazorg cochleaire implantaten kan eenmaal per jaar door één zorgaanbieder in rekening worden gebracht zolang de patiënt in nazorg is.

10.3.2 *Orgaantransplantaties (alle specialismen) ⁴*

Het bedrag voor nazorg van orgaantransplantaties kan eenmaal per jaar door één zorgaanbieder in rekening worden gebracht zolang de patiënt in nazorg is, gedurende maximaal drie jaar.

10.3.3 *Transplantaties (Inwendige geneeskunde)*

Het bedrag voor nazorg bij beenmerg-/stamceltransplantaties kan maximaal eenmaal in rekening worden gebracht door één zorgaanbieder.

10.3.4 *AICD-implantatie*

Wanneer een cardioloog en een cardiochirurg tezamen een AICD-implantatie uitvoeren dan kan hiervoor één DBC-zorgproduct worden gedeclareerd.

10.4 Declaratiecode

Aan elke DBC-zorgproductcode wordt een declaratiecode⁵ verbonden die bepaalt welke tarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities informatie geven over het segment en de door het CVZ vastgestelde aanspraak met betrekking tot het betreffende DBC-zorgproduct.

⁴ De bedragen zijn exclusief de kosten van de Nederlandse Transplantatie Stichting.

⁵ De declaratiecode behorend bij het DBC-zorgproduct staat vermeld in de zorgproducten tabel.

Tabel 1. Declaratiecode

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

10.5 Clustering

Binnen de productstructuur wordt op een aantal plaatsen gebruik gemaakt van clustering van DBC-zorgproducten met eenzelfde declaratiecode. De clustering dient om medisch identieke DBC-zorgproducten, die in een aantal ICD10-hoofdstukken terug komen, gelijk te tarifieren. Daarnaast is clustering gebruikt om versnippering van DBC-zorgproducten met onvoldoende volume tegen te gaan. Er is in beperkte mate ook clustering toegepast om technische redenen.

Om de bekostiging optimaal aan te laten sluiten bij de inkoopsturing door zorgverzekeraars, acht de NZa het noodzakelijk dat elk DBC-zorgproduct van een unieke declaratiecode wordt voorzien en vindt zij clustering alleen wenselijk als er sprake is van zorginhoudelijk identieke producten. Zodra het mogelijk is om clustering op te heffen zal dit worden doorgevoerd.

10.6 Subtrajecten

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

- zorgtype;
- zorgvraag;
- diagnose.

De typeringslijsten per specialisme zijn opgenomen in [bijlage 2](#).

10.6.1 Zorgtype

De volgende zorgtypes worden onderscheiden:

- Zorgtype 11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject voor diagnostiek en behandeling van een zorgvraag.
- Zorgtype 21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
- Zorgtype 13: het subtraject bij een intercollegiaal consult (ICC). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.

10.6.2 Zorgvraag

Bij enkele specialismen speelt de component zorgvraag⁶ een rol bij het afleiden van een subtraject. Het gaat om de specialismen: plastische chirurgie, urologie, kindergeneeskunde/neonatalogie, revalidatiegeneeskunde, consultatieve psychiatrie en radiotherapie. Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.

⁶ De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

10.6.3 *Diagnose*

De component diagnose wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met de diagnose die de geleverde zorg over de periode van het subtraject het beste typeert. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284
Pagina
10 van 35

10.7 Zorgactiviteiten

Om te komen tot een declarabel DBC-zorgproduct zijn naast een subtraject dat voldoet aan de afleidingsvoorwaarden ook de zorgactiviteiten van belang. De NZa heeft de zorg onderverdeeld in zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten bestaan uit een unieke zorgactiviteitcode en bijbehorende omschrijving. De per 1 januari 2012 geldende zorgactiviteiten zijn opgenomen in de zorgactiviteitentabel, [bijlage 3](#).

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.

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

10.7.1 *Eerste polikliniekbezoek (190011)*

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

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

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

10.7.3 *Herhaal-polikliniekbezoek bij een lopend DBC-zorgproduct (190013)*

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

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

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

Onder deze zorgactiviteiten vallen niet:

- medische keuringen;
- intercollegiale consulten;
- medebehandeling van klinische patiënten;
- overname van klinische patiënten.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
11 van 35

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'.⁷

10.7.4 Multitrauma (190020)

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

10.7.5 Klinische opname (190021)

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen,⁸ dan wel één of meer dagen 'verblijf gezonde moeder' (190032) of 'verblijf gezonde zuigeling' (190033) worden geregistreerd. Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door afwezigheidsdag(en)) kan slechts één 'klinische opname' (190021) worden geregistreerd. Interne verplaatsingen worden niet als nieuwe opnamen gerekend. Overplaatsing naar een ander ziekenhuis wordt wel als een nieuwe opname voor het opnemende ziekenhuis gerekend. Een geboorte in een ziekenhuis wordt als klinische opname beschouwd, tenzij deze poliklinisch plaatsvindt,.

10.7.6 Verpleegdag (190200 t/m 190207)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat).⁹ Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp.

10.7.7 Afwezigheidsdag (190034)

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

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

⁷ NB. de codes 190012 en 190013 tellen niet mee voor het schaduw-FB.

⁸ Voor de definitie van een verpleegdag zie artikel 10.7.6.

⁹ De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van opname.

10.7.8 *Dagverpleging I : Normaal (190035)*

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.¹⁰

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
12 van 35

10.7.9 *Dagverpleging II: Zwaar (190055)*

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

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

De DBC-zorgproducten voor de long/astma centra kenmerken zich door de modulaire systematiek, welke een separaat ontwikkeltraject hebben doorlopen. De modulen (gebaseerd op de geprotocolleerde behandelprogramma's) zijn de eenheden (zorgactiviteiten) waarin de behandelingen worden gepland, uitgevoerd en vastgelegd. De keuzes in de behandeling worden zichtbaar in de registratie van de modulen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in basismodulen (het gemeenschappelijk deel van de behandeling) en aanvullende modulen (patiënt specifieke behandeling op basis van inclusiecriteria).

artikel 11. Overige zorgproducten

De prestaties binnen de medisch specialistisch, niet zijnde DBC-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd. Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties:

- add-ons;
- ondersteunende producten (OP's);
- overige producten (OVP's);
- overige trajecten;
- overige verrichtingen.

De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in [bijlage 4](#).

artikel 12. Add-ons

Add-ons zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen zorg op de Intensive Care (IC) alsmede een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Het betreft zorgproducten waaraan substantiële meerkosten verbonden zijn. Add-ons zijn ontwikkeld om verstoringen in de homogeniteit van de DBC-zorgproducten te voorkomen.

12.1 Add-ons Intensive Care (IC)

Add-ons IC zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd indien er sprake is van de volgende prestaties:

- IC-behandeldag, ingedeeld in tariefsgroepen (volumegroepen);
- IC-toeslag voor opname, beademing of dialyse op de IC ingedeeld in tariefgroepen;

¹⁰ Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag.

- IC-transport, ingedeeld in interklinisch transport en MICU transport korter en langer dan twee uur;
- IC consult;
- Neonatale en pediatrie intensive care zorg.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
13 van 35

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

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

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

De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons IC:¹¹

- Zorgtype 51: zorgtrajecten voor opname op de intensive care met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist. De add-on IC is gekoppeld aan het DBC-zorgproduct van deze poortspecialist.¹²
- Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de intensive care zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.

12.1.1 Prestatiebeschrijvingen add-ons IC

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

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

Niet als behandeldag wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling,¹³ voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

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

Een toeslag behorend bij de eerste kalenderdag van de (her)opname op de IC. Deze eerste kalenderdag is de dag waarop op enig moment een patiënt voor het eerst een medische behandeling op de IC heeft ondergaan. De opnametoeslag kan naast de IC-behandeldag (190125, 190134, 190141) worden gedeclareerd.

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

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

Deze toeslag geldt per beademingsdag. Een beademingsdag op de intensive care voor volwassenen is elke periode tussen 00.00 uur en 24.00 uur (ongeacht of continue dan wel afwisselend wel/niet wordt beademd) gerekend vanaf het tijdstip van invasieve of non-invasieve

¹¹ Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject.

¹² Het zorgtype 51 kan tevens gebruikt worden voor het koppelen van zorgactiviteiten van ondersteuners (zowel anesthesist als poortspecialist in de rol van ondersteuner) aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

¹³ Dit geldt ook voor de Post Anesthesia Care Unit (PACU)

mechanische beademing tot het tijdstip van stoppen van de mechanische beademing. De beademingstoelage kan naast de IC-behandelddag gedeclareerd worden.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
14 van 35

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

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

IC-consult (190129)

Een intercollegiaal consult uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de Intensive Care afdeling (spoed en niet-spoed) aangevraagd door een specialist of andere arts die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling Spoedeisende Hulp, of ongevraagd in geval van acute dreigende medische calamiteit.¹⁴

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

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

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

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

Neonatale intensive care (190150)

Verblijf van een patiënt op de intensive care van een door het ministerie aangewezen afdeling neonatologie. Niet als verblijf wordt geteld terugplaatsing vanaf de highcare binnen een aaneengesloten opnameperiode waar al een opname op de neonatale intensive care is.

Pediatrische intensive care (190151)

Verblijf van een patiënt op de intensive care van een afdeling pediatrische intensive care. Niet als verblijf wordt geteld terugplaatsing vanaf de highcare of terugplaatsing naar de highcare in een ander ziekenhuis binnen een aaneengesloten opnameperiode waar al een opname op de pediatrische intensive care is.

¹⁴ Indien een IC-consult leidt tot een IC-behandelddag (op dezelfde kalenderdag) mag er geen IC-consult worden geregistreerd.

12.2 Add-ons Dure en Weesgeneesmiddelen

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
15 van 35

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

Add-ons dure¹⁵ en weesgeneesmiddelen¹⁶ zijn overige zorgproducten voor geneesmiddelen, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die additioneel bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd.

Het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder om te bepalen op welke wijze deze geneesmiddelen worden vergoed. Dat kan zijn door add-ons óf door integrale opname in (het tarief van) DBC-zorgproducten. Geneesmiddelen en/of indicaties waarvoor geen add-on beschikbaar is kunnen uitsluitend gedeclareerd worden via de DBC-zorgproducten.

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

12.2.1 Prestatiebeschrijvingen

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

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

Voorbeeld

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

12.2.2 Stofnamen en toegestane indicaties

De omschrijvingen van de add-ons dure en weesgeneesmiddelen omvatten de indicaties waarvoor deze geneesmiddelen (afhankelijk van de afspraken met zorgverzekeraars) als add-on in rekening kunnen worden gebracht.

¹⁵ De term 'dure' geneesmiddelen is afkomstig uit de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen'. Per 2012 worden echter nieuwe criteria geïntroduceerd die bepalen wat 'duur' is.

¹⁶ Weesgeneesmiddelen mogen alleen gedeclareerd worden door aangewezen expertisecentra.

De add-on lijst met stofnamen én indicaties per 2012 wordt als volgt samengesteld:

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284
Pagina
16 van 35

- a. De geneesmiddelen zoals op 1 juni 2011 (voorlopig) opgenomen op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' worden overgenomen, voor zover het door het CVZ positief beoordeelde indicaties betreft.¹⁷
- b. Alle geneesmiddelen en/of indicaties die tussen 1 juni 2011 en 31 december 2011 door de NZa voorlopig zijn toegevoegd op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen', worden in 2012 als add-on meegenomen in de uitlevering van de prestaties en tarieven en krijgen een ingangsdatum van 1 januari 2012.
- c. Alle geneesmiddelen en/of indicaties die vóór 1 januari 2012 worden aangevraagd bij de NZa voor voorlopige opname op de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen' én welke door het CVZ vóór 1 april 2012 positief beoordeeld zijn op basis van de in 2011 geldende regelgeving, zullen worden toegevoegd aan de lijst add-ons in 2012. Een toevoeging van een geneesmiddel en indicatie aan de stofnamenlijst, wordt in de eerst mogelijke release van prestaties en tarieven meegenomen en krijgt een ingangsdatum welke gelijk is aan de ingangsdatum van de eerst mogelijke release.
- d. Per 1 januari 2012 worden acht geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) naar het ziekenhuiskader en declarabel als add-on. Het betreft de middelen die vallen in de groep TNF alfaremmers en daarnaast de stofnamen abatacept, anakinra en ustekinumab.

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

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

12.2.3 Aanvraag nieuwe add-ons

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen, al dan niet door tussenkomst van een brancheorganisatie,¹⁸ een aanvraag indienen voor een nieuwe add-on indien het:

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

Daarnaast dient er voldaan te worden aan de voorwaarden uit deze beleidsregel en de voorwaarden genoemd in de aanvraagprocedure.¹⁹

¹⁷ Geneesmiddelen en/of indicaties die tussen 1 juni 2011 en 31 december 2011 zijn verwijderd van de stofnamenlijst van de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen', zijn per 2012 declarabel als add-on.

¹⁸ Add-ons voor nieuwe weesgeneesmiddelen of toevoeging van een indicatie aan bestaande weesgeneesmiddelen kunnen alleen aangevraagd worden door universitaire medische centra al dan niet met tussenkomst van de brancheorganisatie.

¹⁹ Procedure zal uiterlijk 31-12-2011 te vinden zijn op de website www.nza.nl

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
17 van 35

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

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

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

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

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

De NZa kan een bij haar ingediende aanvraag ter toetsing voorleggen aan het CVZ. De onderbouwingsgegevens (bronnen) dienen aangeleverd te worden conform de hiervoor geldende procedure.²⁰

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

Uitzonderingen

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

²⁰ Zie voor de procedure www.nza.nl

1) Uitzondering bij toevoeging van een niet-geregistreerde indicatie

In afwijking van de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een geregistreerd indicatie kan een aanvraag voor een add-on worden ingediend indien er sprake is van:

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
18 van 35

2) Uitzondering op de voorwaarde van absolute kostendrempel

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

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

artikel 13. Ondersteunende producten (OP's)

Een ondersteunend product (OP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een niet-poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt. Een OP wordt tevens uitgedrukt in een zorgactiviteit voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.

Indien de betreffende zorgactiviteit wordt uitgevoerd in het kader van een zorgtraject van een hoofdbehandelaar, is er geen sprake van een OP. De zorgactiviteiten zijn dan onderdeel van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar.

13.1 Uitzondering

Voor de ondersteunende producten (OP's) ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, orthoptie en oefentherapie is ingeval van directe toegang verwijzing vanuit de eerstelijns niet noodzakelijk.

13.2 De OP's zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

- klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken;
- orthoptie;
- poliklinische bevalling;
- fysiotherapie;
- ergotherapie;
- logopedie;
- oefentherapie;
- hartrevalidatie;
- extramurale dieetadvisering;
- verpleging in de thuissituatie;
- overig OP's en uitzondering.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
19 van 35

13.3 Voor een aantal ondersteunende producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.**13.3.1** *Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079996)**Ordertarief per afname (079991)*

Afname van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, feces, et cetera) verstaan.

Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Deze prestatie kan bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht.

Huisbezoek (079992)

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

CLB-referentietarief (079993)

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

Registratietarief diabetesdienst (079996)

De uitvoering van programmatische registratie en protocollaire diagnostiek van Diabetes II patiënten onder behandeling van de huisarts door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium.

Het tarief dient ter dekking van de kosten van de oproep, registratie van de diagnostiek volgens NHG standaard en rapportage (waaronder feedback en benchmarking) naar de huisarts en kan alleen op basis van lokale overeenstemming in rekening worden gebracht.

13.3.2 *Orthoptie (039813 en 039814)*

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

13.3.3 Poliklinische bevalling (190036, 190037 en 190039)

Voor de ondersteunende producten poliklinische bevalling geldt:

- De tarieven zijn van toepassing indien de bevalling niet door een gynaecoloog wordt begeleid.
- Er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat.
- Het tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen, partusassistentie en inclusief gebruik verloskamer.

Aanvullend hierop geldt:

Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190036)

Een geplande bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.

Poliklinische bevalling op medische indicatie (190037)

Een geplande bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.

Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190039)

Een geplande bevalling in het ziekenhuis, zonder medische aanleiding maar als gevolg van capaciteitstekorten in de kraamzorg en verloskunde waardoor thuisbevalling niet mogelijk is.

13.3.4 Fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081)

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

Voor de ondersteunende producten fysiotherapie geldt de hierna vermelde aanvullende voorwaarde:

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

13.3.5 Ergotherapie (193012 en 193013)*Enkelvoudig ergotherapie (193012)*

Enkelvoudige ergotherapeutische hulp omvat de hulp door een ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, algemeen ziekenhuis, categoriaal instelling, universitair medisch centrum of thuiszorgorganisatie, bij de verzekerde thuis of in de behandelruimte van genoemde instellingen. Hieronder valt niet de behandeling en/of verpleging van een patiënt in het kader van een indicatie voor medisch-specialistische hulp, revalidatiebehandeling of verpleeghuiszorg. Het tarief geldt per vijftien minuten behandelingsduur en de totale behandelingsduur wordt daarom rekenkundig afgerond op eenheden tijdsduur van vijftien minuten. Indien op één dag meer behandelingen per patiënt plaatsvinden worden de behandelingsduuren opgeteld alvorens deze afronding wordt toegepast.

Toeslag thuisbehandeling enkelvoudige ergotherapie (193013)

Een toeslag voor de behandeling van een patiënt aan huis, per bezoek (maximaal éénmaal) per dag, ongeacht de duur van de behandeling.

13.3.6 Logopedie (193024 en 193090 t/m 193093)

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
21 van 35

13.3.7 Oefentherapie (193031 t/m 193037 en 192954 t/m 192959)

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

13.3.8 Hartrevalidatie (193121 t/m 193125)

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

Intakecontact (193121)

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

Informatiemodule (193122)

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

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

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

PEP-Module (193125)

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

13.3.9 Extramurale dieetadvisering (290164 en 290165)

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

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

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

13.3.11 Overige OP's en uitzonderingen*Hyperbare zuurstofbehandeling (039995)*

Behandelingen met hyperbare zuurstof (039995). Deze prestatie kan, voor zover niet geleverd als onderdeel van een 'eigen' DBC-zorgproduct van de aanbieder, of op verzoek van een andere instelling c.q. aanbieder, rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd.

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

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

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

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

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

artikel 14. Overige producten (OVP's)

Een overig product (OVP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OVP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg. Indien een betreffende zorgactiviteit uitgevoerd wordt in het kader van een zorgtraject van een hoofdbehandelaar, is er geen sprake van een OVP. De zorgactiviteiten zijn dan onderdeel van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar.

14.1 Uitzondering

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

artikel 15. Overige trajecten

Een overig traject valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is zoals 'gezonde zuigelingen' en 'verkeerde-bed'-dagen. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

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

15.1.1 *Verkeerde bed (190031)*

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
23 van 35

15.1.2 *Verblijf gezonde moeder (190032)*

Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. De prestatie geldt per verpleegdag.²¹ Indien bij ziekte van het pasgeboren kind de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan daarom geen nieuwe opname worden geregistreerd.

15.1.3 *Verblijf gezonde zuigeling (190033)*

Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. De prestatie geldt per verpleegdag: "Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag." Indien bij ziekte van de moeder de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan daarom geen nieuwe opname worden geregistreerd.

15.1.4 *Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuis-indicatie (190038)*

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

15.1.5 *Toeslag post IC-high care (190152)*

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

artikel 16. Overige verrichtingen

Een overige verrichting valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Onder overige verrichtingen wordt verstaan: losse declarabele verrichtingen die niet te definiëren zijn als OVP, OP of overig traject.

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

²¹ Zie artikel 10.7.6 voor de definitie van een verpleegdag

16.1.1 *Kaakchirurgische verrichtingen (230104 t/m 239962)*

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
24 van 35

16.1.2 *Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (195001 t/m 195102)*

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen voor mondzorg (waaronder ook de zorg zoals geleverd door centra bijzonder tandheelkunde) zijn te vinden in de beleidsregel 'Experiment vrije prijsvorming mondzorg'. Code X731 is het 'Tijdtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen'. Deze prestatie is van toepassing bij de behandeling van verstandelijk en/of lichamelijk bijzondere zorggroepen, bijvoorbeeld patiënten die extreem angstig zijn of een lichamelijke beperking hebben, waarbij de behandelduur doorgaans langer is dan die van reguliere patiënten. Voor zorg aan patiënten waarbij dit niet van toepassing is kunnen andere prestaties uit deze beleidsregel gebruikt worden.

16.1.3 *Stollingsfactoren (191801 t/m 191883)*

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

16.1.4 *Klinisch-genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadviesing (191112 t/m 191120)*

Deze tarieven voor de klinisch genetische centra zijn uniforme tarieven voor de activiteiten op het gebied van klinische genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing inclusief honorarium medisch specialisten. Indien deze zorg middels DBC-zorgproducten wordt gedeclareerd kunnen deze overige verrichtingen niet in rekening worden gebracht.

16.1.5 *Voedingsvoorlichting (290162)*

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

artikel 17. Tariefopbouw en tariefsoorten**17.1** Tariefopbouw

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

17.2 Tariefsoort

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

- Het gereguleerde segment met maximum tarieven voor de kostenbedragen en honorariumbedragen.²²
- Het vrije segment, waarbinnen de kostenbedragen vrij onderhandelbaar zijn en voor het honorariumbedrag een maximumtarief geldt.²³

²² Dit segment wordt ook wel het A-segment genoemd.

²³ Dit segment wordt ook wel het B-segment genoemd.

In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de DBC-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

De overige zorgproducten welke tot het gereguleerde segment behoren zijn:

Pagina
25 van 35

- add-ons;
- ondersteunende producten (OP's);
- overige producten (OVP's);
- overige trajecten;
- overige verrichtingen.

Uitzondering hierop vormen de volgende OP's:

- extramuraal dieetadviesing (290164 en 290165);
- fysiotherapie (193001 t/m 193010, 193015 t/m 193020, 193025 t/m 193030, 193081);
- oefentherapie (193031 t/m 193037 en 192955 t/m 192959).

Deze OP's behoren tot het vrije segment.

17.3 DBC-zorgproducten gereguleerd segment

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

17.4 DBC-zorgproducten vrij segment

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

17.5 Schematische weergave prestatie- en tariefsoorten per soort prestatie

Tabel 2. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort kosten*	Tariefsoort honorarium*
DBC-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum	Maximum
DBC-zorgproduct vrije segment	Vrij	Maximum
Add-on IC	Maximum	Maximum
Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	Maximum	nvt
Overig Product (OVP)	Maximum ²⁴	Maximum
Ondersteunend Product (OP)	Maximum ²⁵	Maximum
Overige trajecten	Maximum	Maximum
Overige verrichtingen	Maximum	Maximum

* Indien aanwezig

17.6 Onderlinge dienstverlening

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

²⁴ Met uitzondering van het extramuraal dieetadviesing, fysiotherapie en oefentherapie.

²⁵ Met uitzondering van het extramuraal dieetadviesing, fysiotherapie en oefentherapie.

artikel 18. Kostenbedragen DBC-zorgproductenKenmerk
BR/CU-2045
11D0044284**18.1 Kostprijsberekening**Pagina
26 van 35

De kostenbedragen van DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment zijn als volgt berekend:

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

18.2 Kostprijzen DBC-zorgproducten

Zorgactiviteiten zijn gehanteerd als kostendrager door de referentiegroep instellingen die kostprijzen heeft berekend op basis van door de NZa vastgestelde calculatieprincipes en beoordeeld op juistheid middels een audit. De kostprijzen voor de kostentarieven 2012 zijn gebaseerd op prijspeil 2009.

Op basis van aanleveringen van een referentiegroep van twintig algemene ziekenhuizen is van de zorgactiviteiten een gewogen gemiddelde kostprijs bepaald. Voor zorgactiviteiten waar geen waarnemingen van zijn uit deze referentiegroep instellingen zijn kostprijzen van twee UMC's gehanteerd.

Bij de zorgactiviteiten waar na deze aanvulling nog geen kostprijs van aanwezig was wordt gebruik gemaakt van een expertmethode.

Afhankelijk van het type zorgactiviteit is één van de volgende methodieken toegepast:

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

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

18.3 DBC-zorgproductprofielen

Voor de berekening van de DBC-zorgproductprijzen is gebruik gemaakt van de DBC-zorgproductprofielen uit de DIS Ronde 20 dataset. Deze dataset is gebaseerd op DIS gegevens van afgesloten DBC-trajecten over de periode januari 2007 t/m oktober 2010. De Ronde 20 dataset bevat DIS gegevens die zijn aangeleverd door alle ziekenhuizen (8 UMC's en de 85 algemene en topklinische ziekenhuizen) en zorgaanbieders uit de andere categorieën instellingen zoals de categorale sectoren. Voor de productberekening zijn de profielen meegenomen van de volgende instellingscategorieën:

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

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
27 van 35

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

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

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

18.5 Kostprijzen DBC-zorgproducten Long/Astma

De kostprijzen voor de DBC-zorgproducten van de Long/Astma centra zijn tot stand gekomen op basis van kostprijsaanlevering door de zes derdelijnscentra.

18.6 Kostprijzen DBC-zorgproducten expertproducten

Er is sprake van een expertproduct als er in de DIS-data minder dan zes huidige DBC-trajecten aanwezig zijn van deze DBC-zorgproducten. Voor deze zorgproducten wordt middels een alternatieve methode een tarief berekend. Er zijn verschillende methoden gehanteerd om voor deze 588 expertproducten een tarief te berekenen. In onderstaande tabel is een overzicht inclusief toelichting van de expertproducten weergegeven.

Tabel 3. Overzicht expertproducten

Categorie	Aantal	Toelichting
Brandwonden	13	Voor deze producten is gebruik gemaakt van kostprijzen van de brandwondencentra
Donormapping en toewijzing	394	Deze methode zoekt andere producten op basis waarvan het tarief berekend kan worden, drie methoden: 1) gebruik maken van identieke sjablonen (bijv. zelfde zorg bij andere doelgroep) 2) Klinisch Zonder Dagen producten berekenen door van de klinische producten de kostprijzen van de verpleegdagen af te trekken. 3) Overnemen profiel vergelijkbare producten.
NFU dataset	110	De profielen uit de DOT monitor van de NFU in combinatie met de landelijk kostprijzen.
Transplantatie	41	Gebruik van data van de NFU i.c.m. expert opinion.
Palliatieve zorg	6	Kenniscentra voor palliatieve zorg hebben een expertprofiel gemaakt op basis van de richtlijnen
Stamcel-transplantatie	15	In samenwerking met de wetenschappelijk vereniging is kostprijs bepaald
Thuisbeademing	9	Hier is een separaat kostprijsonderzoek voor uitgevoerd.
Totaal	588	

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
28 van 35

Bron: Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012 versie 1.1, DBC-Onderhoud

18.7 Kostprijzen DBC-zorgproducten klinische kindergeneeskunde

Voor de kostendelen van de DBC-zorgproducten klinische kindergeneeskunde heeft de NZa eenmalig gebruikt gemaakt van de gemiddelde kostprijs van de verpleegdag kindergeneeskunde uit de UMC's. Dit in verband met de benodigde doorontwikkeling van de kindergeneeskunde zorgproducten voor de UMC-zorg. Deze kostprijs is verwerkt in de DBC-zorgproducten in plaats van de gemiddelde verpleegdagkostprijs van de referentiegroep.

18.8 Kapitaallasten

Aangezien de kostenbedragen van de tarieven 2012 gebaseerd zijn op kostprijzen 2009, is er door DBC-Onderhoud in de tarieven voor 2010, 2011 en 2012 een prijsindex toegepast.

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

Tabel 4. Overzicht kapitaallastenpercentage en prijsindex

Naam	Percentage
Kapitaallasten	1,08695652
Kapitaallasten radiotherapie	1,2
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,014
Prijsindex 2012	1,0316

Bron: Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012 versie 1.1, DBC-Onderhoud

18.9 Trendmatige aanpassing

De kostenbedragen van de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices uit de beleidsregel 'calculatieschema' waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

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

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

artikel 19. Kostenbedragen overige zorgproducten

Tot het gereguleerde segment behoren de overige zorgproducten, te weten:

- add-ons;
- ondersteunende producten (OP's);
- overige producten (OVP's);
- overige trajecten;
- overige verrichtingen.

Alle 'overige zorgproducten' vallen binnen het gereguleerd segment.²⁶

19.1 Kostenbedragen add-ons Intensive Care

De basis voor de kostentarieven van de add-ons Intensive Care zijn kostprijsgegevens 2009 van 38 ziekenhuizen, ingedeeld in kostensoorten.

²⁶ Met uitzondering van de ondersteunende producten 'extramurale dieetadviesing', 'fysiotherapie' en 'oefentherapie'.

Tabel 5. Tariefgroepen add-ons Intensive Care

Groep	Aantal dagen	Aantal instellingen in referentiegroep 2006	Aantal instellingen in referentiegroep 2009
Tariefgroep 1	Minder dan 1000 beademingsdagen	4	9
Tariefgroep 2	Tussen de 1000 en 2000 beademingsdagen	5	9
Tariefgroep 3	Meer dan 1000 beademingsdagen	12	20

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
30 van 35

Bron: Verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud RZ12b

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

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

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

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

De norm van 80% is gebaseerd op de CBO Richtlijn 2006.²⁷

19.2 Kostenbedragen add-ons dure en weesgeneesmiddelen

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

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

19.3 Kostenbedragen overige producten (OVP's)

De kostenbedragen zijn gebaseerd op de kostentarieven 2004 (prijspeil 2003) en worden jaarlijks geïndexeerd.

19.4 Kostenbedragen ondersteunende producten (OP's)

Voor de kostenbedragen logopedie wordt verwezen naar de beleidsregel Logopedie.

De overige gereguleerde kostenbedragen zijn gebaseerd op de kostentarieven 2004 (prijspeil 2003) en worden jaarlijks geïndexeerd.

²⁷ CBO-richtlijn Intensive Care 2006, p13 - 17.

19.5 Kostenbedragen overige trajecten

De kostenbedragen zijn gebaseerd op de kostentarieven 2004 (prijspeil 2003) en worden jaarlijks geïndexeerd.

19.6 Kostenbedragen overige verrichtingen

De kostenbedragen zijn gebaseerd op de kostentarieven 2004 (prijspeil 2003) en worden jaarlijks geïndexeerd.

De tarieven van de stollingsfactoren zijn gebaseerd op de lijstprijzen per verpakkingseenheid. De maximumtarieven worden één keer per jaar vastgesteld op basis van de lijstprijzen.

artikel 20. Honorariumbedragen DBC-zorgproducten

De beschikbare middelen in het Budgetair Kader Zorg Medisch Specialisten (hierna: BKZ MS) zijn leidend voor de berekening van de honorariumbedragen per DBC-zorgproduct.

Bij het berekenen van de honorariumbedragen zijn verschillende bronnen als basis gebruikt. Bij de beoordeling van de bruikbaarheid van deze bronnen zijn de volgende beoordelingscriteria gehanteerd:

1. mate van volledigheid (representativiteit)
2. benodigd detailniveau van de bron

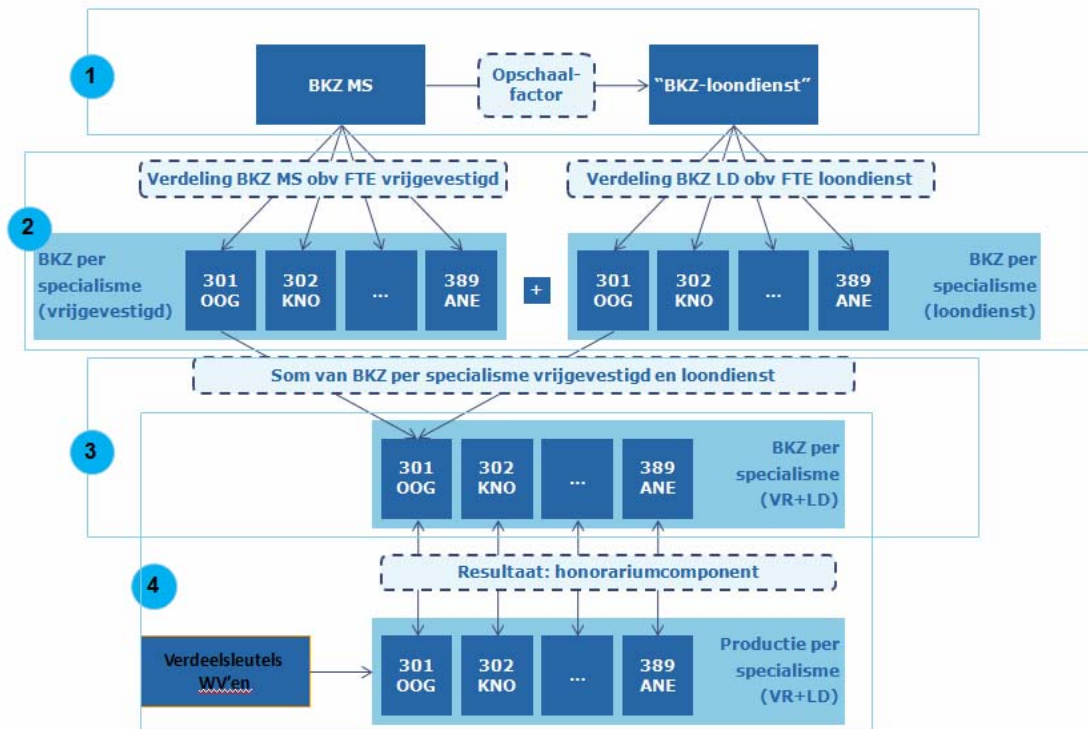
Voor een gedetailleerde bronbeschrijving bij de diverse onderdelen van de honorariumberekening wordt verwezen naar het document 'Toelichting bij de honorariumberekening DOT 2012'.

20.1 Integrale tarieven

Voor enkele specialismen, te weten klinische genetica, audiologie, revalidatie en kaakchirurgie, wordt reeds gewerkt met integrale tarieven. Voor deze specialismen zijn geen aparte honorariumbedragen berekend.

artikel 21. Berekening honorariumbedragen DBC-zorgproducten

De berekening van de honorariumbedragen per zorgproduct is hieronder schematisch weergegeven. De verschillende stappen in de berekening worden vervolgens op hoofdlijnen beschreven in de volgende paragrafen. Voor een meer technische toelichting op de gehanteerde methodiek bij de bepaling van de beschikbare middelen tot uiteindelijk het honorariumbedrag voor een individueel zorgproduct wordt verwezen naar het document 'Toelichting bij de honorariumberekening DOT 2012'.



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

21.1 Bepaling beschikbare middelen medisch specialisten (stap 1)

De beschikbare middelen in het BKZ MS zijn de basis voor de berekening van de honorariumcomponent per DBC-zorgproduct in de DOT systematiek.

Voor de honorering van de werkzaamheden van medisch specialisten zijn in twee financiële kaders middelen beschikbaar gesteld door VWS. Het betreft het budgettair kader medisch specialisten (BKZ MS) en het budgettair kader ziekenhuizen (BKZ ZKH). De specialisten die in loondienst van het ziekenhuis werken, worden in het algemeen bekostigd vanuit het BKZ ZKH,²⁸ tezamen met alle andere kosten van het ziekenhuis. Omdat de medisch specialisten in loondienst een niet afzonderlijk geormerkt onderdeel van het BKZ ZKH vormen, is hiervoor een benadering bepaald. Dit zogenaamde reken-BKZ is gebaseerd op het BKZ MS en een opschalingsfactor. De factor is afgeleid uit de omzetverhoudingen tussen beide groepen van medisch specialisten.

²⁸ Een gedetailleerde beschrijving van de opbouw van het budgettair kader medisch specialisten voor de verschillende categorieën (loondienst en specialisten in vrije vestiging) is beschreven in de brief 'onderbouwing van de overschrijding BKZ 2009' van 15 november 2010 van VWS met kenmerk CZ-IPZ 3034892.

21.2 Verdeling beschikbare middelen over medisch specialismen (stap 2/3)

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Het BKZ MS en het reken-BKZ loondienst is gescheiden verdeeld over de bijbehorende medisch specialisten op basis van FTE data (stap 2). Dit betekent dat het volledige vastgestelde BKZ voor de vrijgevestigde specialisten is verdeeld over het aantal FTE van de vrijgevestigde specialisten en het 'BKZ loondienst' over de FTE's van de specialisten in loondienst. Dit resulteert in een 'BKZ loondienst per specialisme' en een 'BKZ MS per specialisme'. Deze twee verkregen budgetten per specialisme zijn bij elkaar opgeteld (stap 3), waardoor een 'BKZ totaal per specialisme' is verkregen.

Pagina
33 van 35

21.3 Berekening honorariumbedrag per zorgproduct (stap 4)

Voor de berekening van de honoraria wordt het BKZ totaal per specialisme verdeeld over de DBC-zorgproducten per specialisme, volgens de verdeelsleutel uit het normtijdentraject²⁹ en op basis van de productie (stap 4).

Om bij het vastgestelde BKZ bedrag voor de vrijgevestigde medisch specialisten per specialisme aan te sluiten vindt een rondrekening plaats. De rondrekening bestaat uit drie deelstappen:

- per zorgproduct wordt bepaald welk deel van de productie geleverd is door vrijgevestigde specialisten
 - met de berekende tarieven en de productie van de vrijgevestigde specialisten wordt bepaald of aangesloten werd bij het aandeel BKZ MS van het betreffende specialisme
 - wanneer dit niet het geval is, wordt een correctiefactor berekend waarmee het tarief zodanig wordt aangepast dat de resulterende omzet aansluit bij het BKZ per specialisme.
- Hiermee zijn de tarieven voor de vrijgevestigde specialisten leidend.

21.4 Formule honorariumbedragen DBC- zorgproducten

Bovenstaande methodiek die wordt gehanteerd voor het berekenen van de honorariumbedragen per zorgproduct kan als volgt worden samengevat in de onderstaande deelformules. Dit is exclusief de rondrekening.

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

²⁹ Voor een complete toelichting op het normtijdentraject, zie het "Verantwoordingsdocument normtijdentraject RZ12a" van DBC-Onderhoud.

21.5 Specialisme overstijgende producten

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

Kenmerk
BR/CU-2045
11D0044284

Pagina
34 van 35

21.6 Consultatieve psychiatrie

Voor het specialisme consultatieve psychiatrie is wegens het gebrek aan data over het beschikbare budget een andere methodiek gehanteerd ten aanzien van het tot stand komen van het specialisme specifieke budget. Het beschikbare budget wordt gebaseerd op de omzet van het specialisme in 2009.

21.7 Trendmatige aanpassing

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

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

artikel 22. Honorariumbedragen overige zorgproducten

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

artikel 23. Ondersteunende specialismen in het vrije segment

In het B-segment dienen de honorariumcomponenten voor ondersteunende specialismen, als componenten van het te declareren DBC-bedrag, op lokaal niveau berekend en uitonderhandeld te worden door de afgesproken profielen af te zetten tegen de vastgestelde maximum honorariumbedragen per zorgactiviteit. In bijlage 7 van deze beleidsregel staan de maximum ondersteunershonoraria per zorgactiviteit. De honorariumbedragen binnen het vrije segment (maximum) voor de poortspecialismen stelt de NZa per DBC-zorgproduct vast.

Bijlage 1 Overzicht DBC-zorgproducten

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

Bijlage 2 Typeringslijsten

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

Bijlage 3 Geldige zorgactiviteiten

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

Bijlage 4 Overzicht overige zorgproducten

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

Bijlage 5 Indicatielijst Add-ons

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

Bijlage 6 Indicaties stollingsfactoren

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

Bijlage 7 Lijst ondersteunerhonoraria B-segment

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