

Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR/REG-18154

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_21815_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2018 tot en met 31-12-2018.

Documentgegevens

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

Originele versie:

Citeertitel: Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR/REG-18154

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_21815_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Beleidsregel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2018 tot en met 31-12-2018

Laatste wijziging: 02-05-2018

Overige referentiedatums in het document: 19-09-2017

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_21815_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 19-09-2017

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Geriatrische revalidatiezorg
- Medisch-specialistische revalidatiezorg
- Spoedeisende hulp
- Huisartsenpost
- Ambulancezorg
- Eerstelijnsdiagnostiek
- Eerstelijnsdiagnostiek
- Kaakchirurgie
- Kaakchirurgie

Inhoudsopgave

Grondslag.....	4
1. Begripsbepalingen.....	5
2. Doel van de beleidsregel.....	11
3. Reikwijdte.....	12
Hoofdstuk I Prestaties.....	13
4. Prestatiebeschrijvingen.....	13
5. Dbc-zorgproducten.....	13
6. Subtraject.....	14
7. Overige zorgproducten.....	15
8. Onderlinge dienstverlening.....	18
Hoofdstuk II Procedure dbc-productstructuur en overige zorgproducten.....	19
9. Algemeen.....	19
10. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.....	19
11. Procedure tot vaststelling, wijziging of intrekking van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor.....	19
Hoofdstuk III Tarieven.....	22
12. Tariefopbouw en tariefsoorten.....	22
13. Tariefberekening.....	23
14. Tarief add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.....	24
Hoofdstuk IV Positie van solisten.....	25
15. Criteria solist.....	25
Hoofdstuk V Slotbepalingen.....	26
16. Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht.....	26
17. Intrekking oude beleidsregel.....	26
18. Overgangsbepaling.....	26
19. Inwerkingtreding en citeertitel.....	26
Toelichting.....	27
Algemeen.....	27
Artikelsgewijs.....	27
Bijlagen.....	30

Grondslag

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen 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.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, onder a en b van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van 27 juni 2011, met kenmerk MC-U-3070826, brief van 25 juli 2011, met kenmerk MC-U-3073582, brief van 30 augustus 2011, met kenmerk MC-U-3078436 en brief van 26 juni 2012, met kenmerk MC-U-3119631, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Gelet op artikel 7 van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van 21 mei 2014, met kenmerk 371987-120847-MC en met brief van 29 november 2016, met kenmerk 1051065-157688-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een algemene aanwijzing aan de NZa gegeven.

1. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

a. *Add-on*

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

- zorg op de intensive care (ic), uitgedrukt in zorgactiviteiten en behorend bij een dbc-zorgproduct;
- een limitatief aantal geregistreerde geneesmiddelen, elk gekoppeld aan een ZI-nummer.

b. *AGB-code*

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

c. *Beslisboom*

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

d. *Dbc-zorgproduct*

Een declarabele prestatie die via de beslisboom is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten.

e. *Dbc-zorgproductcode*

Het unieke nummer van een dbc-zorgproduct datgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke dbc-zorgproduct binnen een dbc-zorgproductgroep (drie posities)

f. *Dbc-zorgproductgroep*

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

g. *Dbc-zorgproductgroepcode*

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

h. *Declaratiedataset*

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

i. *(typerende) Diagnose*

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

j. *Diagnose-behandelcombinatie*

Een diagnose-behandelcombinatie (dbc) is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

k. *Diagnose-combinatietabel*

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

l. *Eigen patiënt*

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

m. *Eigen zorgverlener*

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

n. *Gereguleerd segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

o. *Grouper*

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

p. *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.

q. *Hoofddiagnose ICD-10*

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

r. *ICD-10*

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

s. *Instelling*

Instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder nummer:

- 1 (instelling voor medisch-specialistische zorg);
- 2 (audiologische centra);
- 3 (trombosediensten);
- 13 (instelling voor erfelijkheidsadvisering);
- 18 (instellingen voor verpleging), voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren, van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

t. Integraal tarief

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

u. Kostendrager

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

v. Macrokader medisch-specialistische zorg

Financieel kader vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). VWS stelt jaarlijks één integraal macrokader vast voor zorgverleners van medisch-specialistische zorg.

w. Maximumtarief

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

x. Medisch-specialistische zorg

Medisch-specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz.

y. Onderlinge dienstverlening

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

z. Ondersteunend specialist

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

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

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

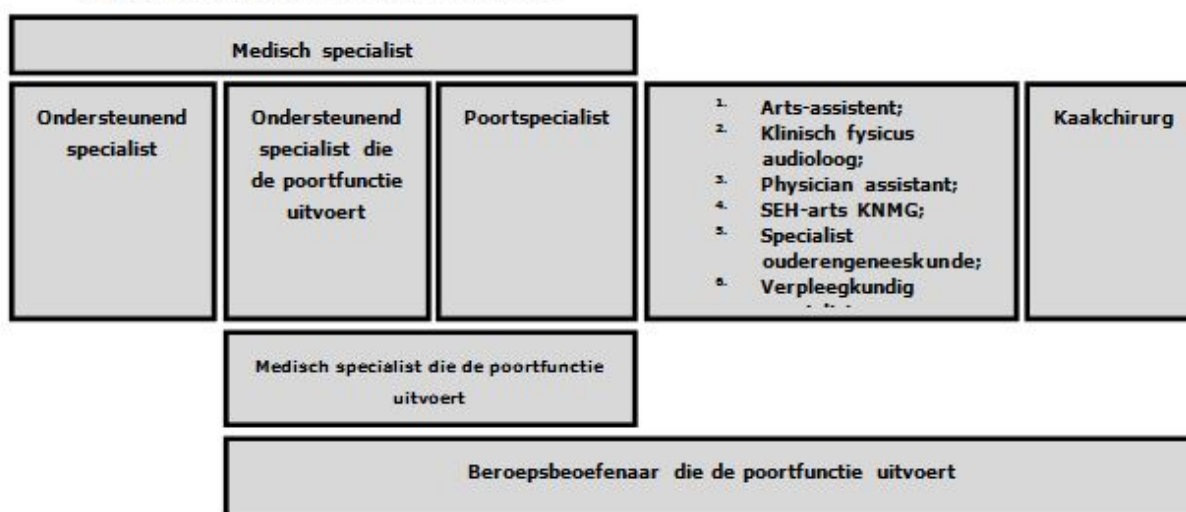
aa. Overig zorgproduct (ozp)

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

bb. Poortfunctie

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

Figuur 1 Overzicht beroepsbeoefenaren



Bron: NZa

cc. Poortspecialist

De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heilkunde/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) en sportgeneeskunde.

dd. Prestatie

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

ee. *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.

ff. *Specialist ouderengeneeskunde*

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

gg. *Subtraject*

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

hh. *Typeringslijst*

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

ii. *Uitvalproduct*

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

jj. *Verpleeghuis*

Organisatorisch verband dat op grond van artikel 5, eerste lid, WTZi is toegelaten als instelling voor verpleging als bedoeld in artikel 1.2, nummer 18, van het Uitvoeringsbesluit WTZi voor de functie verblijf in combinatie met behandeling.

kk. *Vrij segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

ll. *Vrij tarief*

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

mm. *Zorgaanbieder*

Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.

nn. *Zorgactiviteit*

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

oo. Zorgproduct

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

pp. Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een dbc-zorgproduct.

qq. Zorgtraject

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

rr. Zorgverlener

Instelling of solist.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheden ten aanzien van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden. Doel van dit beleid is het bewerkstelligen van een evenwichtige set prestaties en tarieven voor deze categorieën van zorg, waarmee de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van die zorg wordt geborgd.

3. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch-specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria), audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheids-advisering, geriatrische revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden.

Deze beleidsregel is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de Beleidsregel generalistische basis-ggz, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>).

Hoofdstuk I Prestaties

4. Prestatiebeschrijvingen

Prestaties binnen de medisch-specialistische zorg worden door de NZa – in beginsel jaarlijks – vastgesteld in de ‘Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg’. Prestaties worden onderscheiden in dbc-zorgproducten en overige zorgproducten.

5. Dbc-zorgproducten

1. De NZa verdeelt de zorg in zorgactiviteiten. Iedere zorgactiviteit wordt voorzien van een unieke zorgactiviteitscode en is enkelzijdig omschreven.
2. Alle geldende zorgactiviteiten worden vermeld in de zorgactiviteiten tabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>). Bij de toepassing van bepaalde zorgactiviteiten gelden registratieregels. Deze registratieregels zijn opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg.
3. Een dbc-zorgproduct omvat het geheel van zorgactiviteiten van een zorgverlener in het kader van de zorgvraag van de patiënt. De dbc-zorgproducten zijn weergegeven in de zorgproducten tabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>).
4. De NZa stelt in de beslisboom vast welke zorgactiviteiten, die geregistreerd zijn binnen een subtraject, afleiden tot een prestatie en welk dbc-zorgproduct kan worden gedeclareerd.
5. Dbc-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende dbc-zorgproductgroepen op basis van de hoofdstukken en subhoofdstukken van de ICD-10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot dbc-zorgproducten.
6. Zolang zorg niet in te delen is op basis van de ICD-10-hoofdstukken, kan deze zorg worden ingedeeld in Pre-MDC zorgproductgroepen.
7. Ieder dbc-zorgproduct krijgt 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).
8. Aan elke dbc-zorgproductcode wordt een declaratiecode verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities aangeven:
 - of er sprake is van zorg binnen het gereguleerde of vrije segment;
 - of aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering van toepassing is.

Zie tabel 1 voor een verdeling van de eerste twee posities van de declaratiecode.

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

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

10. Alle dbc-zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg' en omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. De door de NZa vastgestelde dbc-zorgproducten zijn weergegeven in de zorgproducten tabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>).

6. Subtraject

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

2. Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de prestatiebeschrijving wordt een subtraject onderscheiden op basis van een drietal componenten:

a) Zorgtype

De volgende zorgtypes worden onderscheiden:

- ZT11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
- ZT21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
- ZT13: subtraject bij een intercollegiaal consult (icc). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
- ZT51: subtraject voor opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- ZT52: subtraject voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
- ZT41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek.

b) Zorgvraag

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

- plastische chirurgie;
- urologie;
- kindergeneeskunde/neonatologie;

- neurologie;
- en
- consultatieve psychiatrie.

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

c) Diagnose

De diagnose geeft weer hoe de geleverde zorg binnen een subtraject het best kan worden getypeerd.

3. De diagnosecodes zijn opgenomen in de typeringslijsten per specialisme (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>).

7. Overige zorgproducten

1. De prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd.

2. Overige zorgproducten bestaan uit vier hoofdcategorieën, met daaronder subcategorieën. In tabel 2 is een overzicht opgenomen.

Tabel 2: Onderverdeling overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-ongeneesmiddelen Overig traject Add-on ic Ozp-stollingsfactoren Add-on overig
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek Med specialistische behandeling en diagnostiek Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek Pathologie Trombosemeting
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Diëtetiek Ergotherapie

	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg
	Bijzondere tandheelkunde
	Extracorporele immunoabsorptiebehandeling
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Onderlinge dienstverlening
	Prenatale screening
	Regiefunctie complexe wondzorg
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
	Spermabank/vitrificatie en opslag eicellen
	Verpleging in thuissituatie

3. Alle overige zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking DOT' en omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in de tarieven tabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>).

7a. Beschrijvingen van overige zorgproducten

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

a. Add-ons ic zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten. De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons ic:

- Zorgtype 51: zorgtrajecten voor opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist. De add-on ic is gekoppeld aan het dbc-zorgproduct van deze poortspecialist.
- Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.

Het tarief voor de ic-dag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op ic-patiënten die behandeld worden op de ic.

b. Een add-ongeneesmiddel is een overig zorgproduct, dat is gekoppeld aan een ZI-nummer en behoort bij een zorgtraject. In hoofdstuk II van deze beleidsregel wordt het beleid met betrekking tot add-ongeneesmiddelen uiteen gezet.

c. Een ozp-stollingsfactor is een overig zorgproduct, dat is gekoppeld aan een ZI-nummer. In hoofdstuk II van deze beleidsregel wordt het beleid met betrekking tot ozp-stollingsfactoren uiteen gezet.

d. Een overig traject is een overig zorgproduct voor aaneengesloten trajecten, uitgedrukt per dag, die in plaats van een reguliere verpleegdag en naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden.

e. Add-ons overig zijn overige zorgproducten, waarbij het wenselijk is om de relatie tussen het overig zorgproduct en het dbc-zorgproduct aan te tonen.

2. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie eerstelijnsdiagnostiek worden uitgedrukt in (diagnostische) prestaties die los gedeclareerd moeten worden.

3. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie paramedische behandeling en onderzoek worden uitgedrukt in prestaties die los gedeclareerd moeten worden.

4. Een overig zorgproduct uit de hoofdcategorie overige verrichtingen wordt uitgedrukt in een prestatie die los gedeclareerd moet worden.

a. De prestaties kaakchirurgie zijn ingedeeld in negen medisch inhoudelijke productgroepen, te weten:

i.Consultatie

ii.Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties

iii.Dentoalveolaire chirurgie

iv.Kaakgewrichtspathologie

v.Preprothetische chirurgie

vi.Traumatologie

vii.Oncologie/reconstructie

viii.Chirurgie

- Harde weefsels/Orthognathie
- Weke delen
- Speekselklierchirurgie

- Aangeziichts- en cosmetische chirurgie

ix. Kostenvergoedingen

In Bijlage 13 van de Regeling medisch-specialistische zorg is per prestatie weergegeven tot welke productgroep de prestatie behoort.

b. Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (199800 t/m 199802)

Instellingen voor medisch-specialistische zorg, waarin tenminste 1,0 fte tandartsen in de functie van bijzondere tandheelkunde werkzaam zijn, kunnen een individueel stoeluurtarief aanvragen bij de NZa (prestatie 199800). Dit verzoek dient mede ondertekend te zijn door de betrokken zorgverzekeraars.

De rekennorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor kleinere instellingen (1,0 fte tandarts < 2,0) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

c. De rekennorm is minimaal 1.106 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor grotere instellingen (2,0 fte tandarts) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele stoeluren per werkdag.

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

8. Onderlinge dienstverlening

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

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

Hoofdstuk II Procedure dbc-productstructuur en overige zorgproducten

9. Algemeen

1. De procedure omtrent wijzigingen van de dbc-productstructuur en overige zorgproducten staat beschreven in de Beleidsregel toetsingskader dbc-systeem.
2. Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere procedure, die is beschreven in de artikelen 10 tot en 11 van deze beleidsregel.

10. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen die als overige zorgproducten in rekening kunnen worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard.
2. Voor de vaststelling van een geneesmiddel als ‘add-ongeneesmiddel’ of ‘ozp-stollingsfactor’ hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:
 - De kosten van het geneesmiddel, die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, bedragen gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar.
 - Voor het geneesmiddel is een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit. De NZa dient te beschikken over de openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel.
 - Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van Z-Index.
3. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum dat de handelsvergunning bedoeld in het tweede lid is ingetrokken. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.
4. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

11. Procedure tot vaststelling, wijziging of intrekking van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor

1. De NZa besluit voor welke geneesmiddelen een add-on of een ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, gewijzigd of ingetrokken. Zo'n besluit kan op twee manieren tot stand komen:
 - op aanvraag (via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar);
 - ambtshalve.

2. Vaststelling van een add-ongeneesmiddel en ozp-stollingsfactor gebeurt op het niveau van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard.

3. De NZa neemt een aanvraag voor een add-on-geneesmiddel, of ozp-stollingsfactor, slechts in behandeling indien aan de volgende vereisten is voldaan:

- De aanvraag is tweezijdig: tenminste één zorgaanbieder en tenminste één zorgverzekeraar moeten de aanvraag hebben ondertekend en ingediend, en;
- De aanvraag wordt gedaan met behulp van het 'Formulier aanvraag add-ongeneesmiddel', of 'Formulier aanvraag ozp-stollingsfactor'. Het formulier dient volledig en naar waarheid te zijn ingevuld.

4. Voor wijzigingen op het niveau van het consumentenartikel, die geen invloed hebben op de artikelomschrijving, is geen aanvraag vereist. Nieuwe consumentenartikelen met dezelfde artikelomschrijving als bestaande consumentenartikelen waarvoor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, verkrijgen automatisch, via een ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.

5. Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) kan een aanvraag tot vaststelling van een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor, voor een nog te registreren geneesmiddel, worden ingediend. Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient aanvullend het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. De NZa houdt in zo'n geval het besluit over een ingediende aanvraag aan tot het moment dat voor het geneesmiddel een handelsvergunning is afgegeven. Een aanvraag is niet compleet (onvolledig), indien de NZa geen openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel heeft ontvangen..

6. Na ontvangst van de aanvraag stelt de NZa gedurende een termijn van twee weken de volgende partijen in de gelegenheid een schriftelijke zienswijze in te dienen:

- vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN);
- de registratiehouder (fabrikant) van het geneesmiddel waar de aanvraag betrekking op heeft.

7. De NZa betreft de zienswijzen bedoeld in het vorige lid bij haar besluitvorming.

8. De NZa neemt binnen twintig werkdagen na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het derde lid een besluit. Indien omstandigheden daartoe aanleiding geven, kan de NZa deze termijn verlengen met een termijn die zij - met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb) - in redelijkheid noodzakelijk acht. In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.

9. Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg.

10. Het besluit bedoeld in het achtste lid wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt per post gestuurd

aan de aanvragende partijen. In de G-standaard komt tot uiting voor welke geneesmiddelen een add-on en ozp-stollingsfactor is vastgesteld.

11. Een besluit bedoeld in het achtste lid treedt niet eerder in werking dan de datum waarop Z-Index het betreffende add-ongeneesmiddel of de ozp-stollingsfactor, voorzien van het tarief (AIP), heeft opgenomen in de G-standaard en deze gewijzigde versie van de G-standaard heeft gepubliceerd.

12. Bij een besluit tot intrekking van een add-on-geneesmiddel, of ozp-stollingsfactor, is de datum van inwerkingtreding 1 januari van jaar t, mits de aanvraag tot intrekking uiterlijk 1 januari van jaar t-1 is ingediend. Wordt de aanvraag tot intrekking na 1 januari van jaar t (maar vóór 31 december van jaar t) ingediend, dan schuift de datum van inwerkingtreding door naar 1 januari van jaar t+2.

13. De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil niet zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Hoofdstuk III Tarieven

12. Tariefopbouw en tariefsoorten

1. Het tarief voor een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.

2. Dbc-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten:

a. Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximum tarieven.

b. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.

In de zorgproducten tabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>) is een overzicht opgenomen van de dbc-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.

3. In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten die tot het vrije segment behoren en derhalve een vrij tarief kennen:

- diëtetiek;
- fysiotherapie;
- oefentherapie;
- ergotherapie;
- logopedie;
- bijbetaling aandeel onverzekerde zorg;
- endobronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
- plaatsen van intrabronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek.

4. Over de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Deze maximumtarieven voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-ongeneesmiddelen, ozp-stollingsfactoren, prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen van de geestelijke en forensische zorg alsmede een beperkt aantal prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen uit de eerstelijnszorg), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking kan aan een ieder in rekening worden gebracht.

Een max-max tarief kan alleen in rekening worden gebracht aan:

- de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie; of
- de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie.

Het in rekening te brengen maximale tarief is de som van het maximumtarief en indien daarvoor in aanmerking gekomen wordt, de mogelijkheid als omschreven in dit artikel.

5. Van de dbc-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.

6. Tabel 3 geeft schematisch de tariefsoort per soort prestatie weer.

Tabel 3. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
Dbc-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum
Dbc-zorgproduct vrije segment	Vrij
Supplementair product: Add-on ic	Maximum
Supplementair product: Add-ongeneesmiddelen	Maximum
Supplementair product: Overige trajecten	Maximum
Supplementair product: ozp-stollingsfactoren	Maximum
Supplementair product: add-on overig	Maximum of vrij
Eerstelijnsdiagnostiek	Maximum
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum of vrij
Overige verrichtingen	Maximum of vrij

13. Tariefberekening

1. Het integrale tarief is een optelsom van het kostentarief en het honorariumtarief, inclusief indexatie.

2. De totstandkoming van de tarieven volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in bijlage 1 van deze beleidsregel.

3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerste lijn plaats. Voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling.

Voor de volgende overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de eerstelijnszorg:

a. Prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516 en 037521) uit de categorie ‘ozp overige verrichtingen’;

b. Huisartsenzorg (130001) uit de categorie ‘ozp overige verrichtingen’;

c. Wijkverpleging (190288, 190289) uit de categorie ‘ozp overige verrichtingen’;

d. Mondzorg (195005, 239472, 239275) uit de categorie ‘ozp overige verrichtingen’.

4. Voor de volgende 4 overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de geestelijke en forensische zorg:

Geestelijke en forensische zorg (198300, 198301, 198304 en 198370) uit de categorie 'ozp overige trajecten'.

14. Tarief add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

- a. De NZa stelt één keer per jaar (in april van jaar t) de tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren vast zoals deze met ingang van 1 januari van jaar t+1 zullen gelden.
- b. De hoogte van deze tarieven wordt vastgesteld op basis van de lijstprijzen (Apotheekinkooprijzen, AIP) zoals opgenomen in de G-standaard. De peildatum voor de tarieven van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die gelden in jaar t zijn de lijstprijzen van 1 april van jaar t-1.
- c. Voor geneesmiddelen waarvoor de NZa lopende het jaar op aanvraag of ambtshalve een add-on of ozp-stollingsfactor vaststelt, wordt - voor de bepaling van de hoogte van het bijbehorende tarief - aangesloten bij de meest recente lijstprijs uit de G-standaard.
- d. In de beschikking waarin voor een geneesmiddel als bedoeld onder c een add-on of ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, wordt opgenomen dat het in die beschikking genoemde tarief jaarlijks opnieuw zal worden vastgesteld op de wijze zoals beschreven onder b.
 - Voor beschikkingen die in de maanden april tot en met december (jaar t) worden afgegeven, betekent dit dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van het daarop volgende jaar (t+1). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+2 in rekening kan worden gebracht.
 - Voor beschikkingen die in de maanden januari tot en met maart (jaar t) worden afgegeven, geldt dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van datzelfde jaar (jaar t). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+1 in rekening kan worden gebracht.
- e. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn inclusief 6% BTW.

2. Indien het door de NZa vastgestelde tarief voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor hoger is dan de maximprijs die in het kader van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) is vastgesteld, dan geldt de WGP maximprijs als maximumtarief voor dat add-ongeneesmiddel, respectievelijk die ozp-stollingsfactor.

Hoofdstuk IV Positie van solisten

15. Criteria solist

1. Een medisch specialist (of kaakchirurg) wordt als solist, respectievelijk solopraktijk, beschouwd, indien en voor zover aan de navolgende voorwaarden is voldaan:

- a. Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG.
- b. In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, respectievelijk ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG - al dan niet tegen betaling - dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
- c. De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg) moeten betrekking hebben op de beroepsmatige levering van zorg.
- d. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden niet geleverd in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
- e. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, mogen niet worden verricht door een organisatievorm die moet worden beschouwd als een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5 van de WTZi (in dat geval zou immers sprake zijn van een instelling en is een WTZi-toelating vereist).
- f. De werkzaamheden, bedoeld onder voorwaarde 3, worden volledig verricht voor eigen rekening en risico van de betreffende medisch specialist (of kaakchirurg).

2. De NZa geeft individuele tariefbeschikkingen af aan solisten op grond waarvan solisten daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde dbc-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening kunnen brengen. De solist dient daartoe een aanvraag bij de NZa in middels een door de NZa beschikbaar te stellen aanvraagformulier.

3. Het aanvraagformulier bedoeld in het tweede lid staat op de website van de NZa gepubliceerd. Alleen volledig ingevulde formulieren worden door de NZa in behandeling genomen.

De NZa houdt een register bij van beschikkinghouders, respectievelijk (geregistreerde) solisten.

Hoofdstuk V Slotbepalingen

16. Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht

De NZa kan besluiten om prestaties en tarieven die op grond van deze beleidsregel zijn vastgesteld met terugwerkende kracht te wijzigen, indien zich één of meer van de volgende situaties voordoen:

- de wijzigingen zijn voor veldpartijen voorzienbaar geweest; en/of
- er is sprake van het herstellen van een kennelijke misslag.

17. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-17156 ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de gepubliceerde maar nog niet in werking getreden beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-18108, ingetrokken.

18. Overgangsbepaling

De Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-17156, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Dit betekent dat voor overlopende dbc-zorgproducten (dbc's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het dbc-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing is. Voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) zijn de regels leidend die op de uitvoerdatum geldig zijn.

19. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2018.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.

Toelichting

Algemeen

In deze beleidsregel worden de bevoegdheden van de NZa concreet uitgewerkt in beleid. Deze beleidsregel bindt om deze redenen alleen de NZa. De NZa maakt hiermee het beleid toetsbaar en transparant voor belanghebbende partijen en verplicht zichzelf te handelen volgens deze regels.

Deze beleidsregel beschrijft de dbc-systematiek binnen de medisch-specialistische zorg. Naast een onderverdeling in producten (dbc-zorgproducten, overige zorgproducten en onderlinge dienstverlening) beschrijft deze beleidsregel ook op hoofdlijnen hoe de NZa tarieven berekent.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg'. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven.

De Regeling medisch-specialistische zorg beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle aanbieders van medisch-specialistische zorg zoals omschreven in de reikwijdte van deze beleidsregel.

Onderstaande artikelsgewijze toelichting bevat een nadere uitleg van een aantal specifieke artikelen uit deze beleidsregel.

Artikelsgewijs

Artikel 1

In dit artikel is aangegeven welke zorg onder de werkingssfeer van deze beleidsregel valt. Daarmee is de reikwijdte van deze beleidsregel afgebakend. In lijn met de systematiek van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is die reikwijdte functioneel omschreven, dat wil zeggen: niet de

aanbieder, maar het type zorg dat de aanbieder levert, is hierbij leidend.

Artikel 3

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

Onderdeel s: In het kader van deze beleidsregel worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg verstaan; (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.

Onderdeel v: VWS stelt voor de geriatrische revalidatiezorg een apart macrokader vast.

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

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

Onderdeel rr: Met de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 is het declaratierecht van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten voorbehouden aan twee soorten zorgaanbieders, te weten: instellingen en solisten. In de regels van de NZa worden instellingen en solisten samengevoegd onder de noemer, respectievelijk het verzamelbegrip, 'zorgverlener'.

Artikel 5

De zorgactiviteiten, zoals vastgelegd in de zorgactiviteiten tabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>), zijn de bouwstenen van het dbc-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een dbc-zorgproduct. Zorgactiviteiten 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.

Lid 6: Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD-10-hoofdstukken. Een aantal dbc-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD-10. Deze worden ook wel de Pre-MDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de Pre-MDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD-10-hoofdstukken.

Lid 7: De declaratiecode behorend bij het dbc-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

Artikel 6

Lid 2 onderdeel b: De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

Lid 2 onderdeel c: 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 gewijzigde diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Artikel 7a

Lid 1 onderdeel a: Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject. 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.

Lid 4 onderdeel b: In de Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen zijn de prestatiecodes 199800, 198801 en 1998802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

Artikel 10

Lid 3: Drie ozp-stollingsfactoren beschikken niet over een in Nederland geldende handelsvergunning. Het betreft Factor X P Behring, Factor VII en Hemoleven Factor XI. Deze stollingsfactoren zijn vóór 2016 door VWS aangewezen als afzonderlijk te declareren ozp. Deze geneesmiddelen hebben de status van ozp-stollingsfactor behouden.

Artikel 11

Lid 3: De formulieren voor het indienen van een aanvraag voor een add-ongeneesmiddel of een ozp-stollingsfactor kunt u vinden op de website van de NZa (zie <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/Add-on-geneesmiddelen-en-stollingsfactoren/>)

Lid 4: De prestatiebeschrijving van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard. De artikelomschrijving van een geneesmiddel bevat de merknaam, toedieningsvorm en sterkte per eenheid. Als de artikelomschrijving van het consumentenartikel niet wijzigt, is het niet nodig om een aanvraag in te dienen. Dit is het geval in onderstaande situaties:

- De inkoophoeveelheid verandert of wordt toegevoegd in de

G-standaard (vb. in één verpakking zit niet 1 flacon, maar 2 flacons).

- De fabrikant/leverancier verandert in de G-standaard.
- De verpakking verandert, bijvoorbeeld van kleur.
- Een parallelverpakking wordt toegevoegd in de G-standaard.
- Het aantal stuks per verpakking wijzigt.
- De AIP en/of het maximumtarief verandert.

Artikel 15

In de Regeling medisch-specialistische zorg staan de voorwaarden genoemd waaraan solisten moeten voldoen om daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde dbc-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen.

Bijlagen

Bijlage 1 Totstandkoming tarieven

Deze bijlage is als losse bijlage (pdf) te downloaden via de website www.nza.nl. Deze bijlage geeft een overzicht van de totstandkoming van de integrale tarieven 2018.