

Inhoudsopgave

Kenmerk
11D0023347

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	6
artikel 10.	DBC-zorgproducten.....	6
artikel 11.	Overige Zorgproducten.....	11
artikel 12.	Add-ons	11
artikel 13.	Ondersteunende producten (OP's)	14
artikel 14.	Overige producten (OVP's).....	18
artikel 15.	Overige trajecten.....	18
artikel 16.	Overige verrichtingen.....	19
artikel 17.	Tariefsoorten.....	21
artikel 18.	Kostenbedragen DBC-zorgproducten	23
artikel 19.	Kostenbedragen overige zorgproducten	26
artikel 20.	Tariefsoorten honorariumbedragen	27
artikel 21.	Opbouw honorariumbedragen	27
Bijlage 1	Overzicht DBC-zorgproducten	28
Bijlage 2	Typeringslijsten	28
Bijlage 3	Geldige zorgactiviteiten	28
Bijlage 4	Overzicht overige zorgproducten.....	28
Bijlage 5	Indicatielijst add-ons	29
Bijlage 6	Indicaties stollingsfactoren	34

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-2035
11D0023347

Pagina
2 van 44

artikel 2. Aanwijzingen

Ingevolge artikel 59 aanhef en onder a en b Wmg heeft de Minister van VWS met brief van 27 juni 2011 met kenmerk MC-U-3070826 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 Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het desbetreffende specialisme.

Deze beleidsregel is eveneens van toepassing op handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg¹ of werkzaamheden in het kader van de beroepsuitoefening² 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, nr. 2o, van de Wmg.

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

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

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
3 van 44

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)

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 enkele specifieke 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) en bepaalde dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on.

8.2 Beslisboom

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

8.3 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.

8.4 DBC-zorgproduct

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

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
4 van 44

8.5 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).

8.6 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.

8.7 DBC-zorgproductgroepcode

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

8.8 Declaratiedataset

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

8.9 Diagnose-combinatietabel

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

8.10 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 voor het verlenen van die medische zorg op dat moment in deze instelling zijn praktijk uitoefent.

8.11 Hoofdbehandelaar

Zorgaanbieder tot welke een patiënt zich met de zorgvraag heeft gewend, door welke de diagnosestelling en onder wiens verantwoording de behandeling plaatsvindt.

8.12 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.

8.13 Grouper

Een webapplicatie 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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
5 van **44**

8.14 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 geleverde zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.

8.15 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.

8.16 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 of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistisch zorg.

8.17 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 toeslag brandwonden, gezonde zuigelingen en verkeerde-beddagen.

8.18 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 overige traject. Voorbeelden hiervan zijn bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie.

8.19 Overige zorgproducten

De prestaties binnen de medisch specialistisch, 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.

8.20 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/Neonatologie (0316), Gastro-

enterologie/MDL (0318), Cardiologie (0320), Longgeneeskunde (0322), Reumatologie (0324), Allergologie (0326). Revalidatie (0327), Cardio-Pulmonale Chirurgie (0328), Consultatieve psychiatrie (0329), Neurologie (0330), Klinische Geriatrie (0335), Radiotherapie (0361).³ De poortspecialist verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg. Deze rol kan binnen de DBC-systematiek bij directe verwijzing uit de eerstelijns, ook door een ondersteunend specialisme worden ingenomen welke 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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
6 van 44

8.21 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 de registratieregels. Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een (DBC-)zorgproduct of een uitvalproduct. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.

8.22 Uitvalproduct

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

8.23 Zorgprofiel

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een DBC-zorgproduct.

8.24 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.

8.25 Zorgactiviteit

De gestandaardiseerde onderverdeling in zorgactiviteiten. 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.

artikel 9. Soorten prestaties

De prestaties binnen de medisch specialistisch zorg zijn onderverdeeld in:

1. DBC-zorgproducten
2. Overige zorgproducten

artikel 10. DBC-zorgproducten

³ tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie vallen ook onder de poortspecialismen, maar declareren in overige zorgproducten.

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

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347
Pagina
7 van 44

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 code bestaand uit negen posities, samengesteld uit de zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke DBC-zorgproduct binnen de DBC-zorgproductgroep (drie posities).

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

10.3 Aanvullende voorwaarden DBC-zorgproducten

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 *Organtransplantaties (alle specialismen)*⁴

Het bedrag voor nazorg van organtransplantaties 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

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.

over het segment en de door het CVZ vastgestelde aanspraak van het betreffende DBC-zorgproduct.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
8 van 44

	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 gereguleerde prestatiebeschrijving wordt binnen een subtraject een drietal componenten onderscheiden, welke door de hoofdbehandelaar worden getypeerd op basis van de door de NZa vastgestelde typeringslijsten per specialisme⁶. 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 zorgvraag⁷ een rol bij het afleiden van een subtraject. Het gaat om de specialismen: plastische

⁶ Voor kindergeneeskunde ontbreekt de WBMV-zorg en dialyse in de typeringslijsten. Voor de **WBMV-zorg** kindergeneeskunde en dialyse mag de kinderarts met inachtneming van de betreffende aanvullende voorwaarden gebruik maken van de typeringslijsten van andere specialismen die deze zorg leveren.

⁷ De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

chirurgie, urologie, kindergeneeskunde/neonatologie, revalidatiegeneeskunde, consultatieve psychiatrie en radiotherapie. Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
9 van 44

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.

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 welke 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 wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd en gedeclareerd indien in de twaalf maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek 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' (De locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) kan in lokaal overleg overeengekomen worden.).

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
10 van 44

Onder deze zorgactiviteiten vallen niet:

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

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'.⁸

10.7.4 *Klinische opname (190021)*

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen⁹, 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, behalve als deze poliklinisch gebeurt, wordt als klinische opname beschouwd.

10.7.5 *Verpleegdag (190204)*

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.

10.7.6 *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.

10.7.7 *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.

10.7.8 *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 een

⁸ NB. de codes 190012 en 190013 tellen niet mee voor het schaduw-FB.

⁹ Voor de definitie van een verpleegdag zie 10.6.c.

verrichting uit bijlage 1 van de beleidsregel 'Definities curatieve tweedelijns somatische zorg' wordt geregistreerd.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
11 van 44

10.8 DBC-zorgproducten Long/Astma Centra

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). De inzet van deze modulen hangt af van het gegeven of een patiënt wel of geen aanvullende problematiek heeft en niet van een hogere tijdsinzet dan voorzien. Op basis van registraties van de modules in de zes verschillende instellingen zijn de in een dataset aanwezige combinaties van modulen onderzocht en zijn dertien prestaties samengesteld. Van deze prestaties kennen sommigen een volwassenen en een kindervariant. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen klinische behandeling en dagbehandeling.

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 bij een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd. Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en de dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Het betreft overige zorgproducten die onvoorspelbaar en incidenteel van aard zijn, maar waaraan wel 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;
- IC-transport, ingedeeld in interklinisch transport en MICU transport korter en langer dan twee uur;
- IC consult;
- Neonatale en pediatrie intensive care zorg.

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

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
12 van 44

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 IC¹⁰:

- 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.¹¹
- 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 groep 1, 2 of 3.

Niet als behandeldag wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling (alvorens overgeplaatst te worden naar de gewone verpleegafdeling). Het betreft hier een reguliere post-operatieve bewaking.

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

Een (her)opname is de kalenderdag 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, in plaats van op de verkoeverafdeling, alvorens overgeplaatst te worden naar de gewone verpleegafdeling. In dit geval is sprake van een reguliere post-operatieve bewaking.

Toeslag beademing IC volwassenen, 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) rekenend vanaf het tijdstip van invasieve of noninvasieve mechanische beademing tot het tijdstip van stoppen van de mechanische beademing. De beademingstoeslag kan naast de IC-behandeldag gedeclareerd worden.

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

¹⁰ Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject.

¹¹ 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.

kan alleen naast de IC behandeldag (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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
13 van **44**

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.

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.

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

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

12.2 Add-ons Dure en Weesgeneesmiddelen

Add-ons dure en weesgeneesmiddelen¹² zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, die onderdeel uitmaken van het profiel van een DBC-zorgproduct, maar additioneel bij een DBC-zorgproduct kunnen worden gedeclareerd.

De add-ons dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram per toedieningsvorm of in units (E) per toedieningsvorm.¹³

¹² Weesgeneesmiddelen mogen alleen gedeclareerd worden door de gezamenlijk aangewezen expertisecentra. Dit wordt door de NZa in de tariefbeschikking van de desbetreffende UMC's opgenomen.

¹³ De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld in het geval een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Voor de add-ons dure en weesgeneesmiddelen is de hierna vermelde aanvullende voorwaarden van toepassing. De vergoeding van kosten van de add-ons geldt uitsluitend voor de in de in de toetsingsrapporten van de Commissie Farmaceutische Hulp genoemde (sub)indicaties met inachtneming van de aangegeven beperkingen. De toetsingsrapporten zijn opvraagbaar op de website van het CVZ.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
14 van **44**

De stofnamen en toegestane indicaties zijn weergegeven in [bijlage 5](#).

Alle kosten van geneesmiddelen (inclusief off-label gebruik¹⁴) zijn meegenomen in de tariefberekening van de DBC-zorgproducten, met uitzondering van de geneesmiddelen en indicaties die voorheen op de beleidsregels 'dure geneesmiddelen' en 'weesgeneesmiddelen' stonden.

Alle geneesmiddelen in combinatie met de bijbehorende indicaties, die op 1 juni 2011 op de stofnamenlijst van de genoemde beleidsregels staan, zijn met ingang van 2012 een add-on.

Alle geneesmiddelen die tussen 1 juni 2011 en 31 december 2011 worden toegevoegd op de stofnamenlijst van genoemde beleidsregels, worden in de eerstvolgende uitlevering van de prestaties en tarieven in 2012 meegenomen. Deze add-ons krijgen in de uitlevering een ingangsdatum van 1 januari 2012.

Per 1 januari 2012 worden een aantal geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) en gedefinieerd als add-on. Het betreft de middelen die vallen in de groep TNF-alfaremmers met de stofnamen abatacept, anakinra en ustekinumab.

Stofnamen waarvan de indicatie niet voldoet aan [bijlage 5](#), zijn ook gedefinieerd als zorgactiviteit (zie [bijlage 3](#)). Deze middelen zijn gedefinieerd als de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram of in units (E).

Aanvraagprocedure

De NZa werkt in 2011 het beleid omtrent de beleidsregelcriteria uit voor toelating als add-on.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen, al dan niet door tussenkomst van een brancheorganisatie, een aanvraag indienen voor bekostiging van een nieuw duur geneesmiddel of toevoeging van een nieuwe indicatie aan een bestaand duur geneesmiddel. Nieuwe weesgeneesmiddelen of toevoeging van indicatie aan een bestaand weesgeneesmiddelen kunnen alleen aangevraagd worden door universitaire centra al dan niet met tussenkomst van de brancheorganisatie. De aanvraag wordt getoetst aan de nog te ontwikkelen beleidsregelcriteria van de NZa.¹⁵ Hierin speelt de vormgeving van de voorwaardelijk financiering door VWS ook een rol.¹⁶

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-

¹⁴ Dit geldt niet voor de TNF-alfaremmers (adali-mumab, etanercept, certolizumab, golimumab en infliximab), abatacept, anakinra en ustekinumab.

¹⁵ Binnen de nog te ontwikkelen procedure zal het CVZ een uitspraak doen over de voorlopige toelating en de NZa bepaalt of er wel of geen prestatie wordt vastgesteld en met welk tarief.

¹⁶ Bij vaststelling van deze beleidregel is de uitwerking vanuit VWS niet bekend.

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 OP.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
15 van 44

13.1 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.

13.2 Voor een aantal ondersteunende producten zijn er specifieke prestatiebeschrijvingen die hierna worden vermeld.

13.2.1 *Klinisch-chemische en microbiologische onderzoeken (070001 t/m 079996)*

Ordertarief per afname (079991)

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

13.2.2 *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.

13.2.3 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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
16 van 44

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.

13.2.4 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 budgetbepaling kan echter alleen de poliklinische fysiotherapie op verzoek van de eerstelijns worden meegenomen.

13.2.5 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.

13.2.6 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-2035
11D0023347

Pagina
17 van 44

13.2.7 Oefentherapie (193031 t/m 193037 en 192955 t/m 192959)

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

13.2.8 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 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.

13.2.9 Extramurale dieetadvisering (290164 en 290165)

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

13.2.10 Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie (190290)

De prestatiebeschrijvingen en specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg' staan beschreven in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'.

13.2.11 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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
18 van 44

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 verstregeling 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.

14.1 Uitzondering

Voor prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516) is 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 toeslag brandwonden, gezonde zuigelingen en verkeerde-beddagen. 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-2035
11D0023347

Pagina
19 van 44

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: "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 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. Om van de neonatale intensive care overgeplaatst te worden naar de post-IC High care dient de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minimaal 29 weken te zijn en het gewicht minimaal 1000 gram. De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum. In regionaal verband kunnen hierover afspraken worden gemaakt.

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 overige traject.

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

16.1.1 *Kaakchirurgische verrichtingen (230104 t/m 239452)*

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

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
20 van 44

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

195001 en 195002 gelden voor instellingen die niet voldoen aan onderstaande criteria; 195101 en 195102 gelden voor instellingen die voldoen aan onderstaande criteria.

Overeenkomst

Tarieven kunnen uitsluitend worden afgegeven indien er sprake is van een overeenkomst tussen instelling en verzekeraars op grond waarvan de instelling kan worden aangemerkt als een instelling met een afdeling voor Bijzondere tandheelkunde volgens artikel 8 van de "Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekerden".

Criteria

Indien de instelling voldoet aan bepaalde criteria geldt in plaats van een neventarief een sluittarief. De criteria komen overeen met de criteria voor de zelfstandige instellingen voor bijzondere tandheelkunde. Het gaat om een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek.

De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de huispraktijk. De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multidisciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en / of in problemen van lichamelijke en / of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Deze vereisten kunnen als volgt worden geconcretiseerd:

- De instelling moet zodanig zijn gepositioneerd in het aanbod van zorgvoorzieningen dat zij beschikt over de mogelijkheid tot multidisciplinaire consultatie, diagnostiek en behandeling.
- De instelling moet voor ten minste alle patiënten, vallende onder artikel 8 lid 1 en/of artikel 8 lid 2/3 van de 'Regeling tand-heelkundige hulp ziekenfondsverzekering' (Stc. 1994, 208) toegankelijk zijn.
- De instelling moet een minimale omvang hebben van 1,0 fte tandarts.
- De continuïteit moet gewaarborgd zijn, hetgeen betekent dat op elke werkdag zorgverlening beschikbaar moet zijn.
- Spoedeisende gevallen moeten op elk moment opgevangen kunnen worden via een regeling voor spoedeisende klachten.
- De instelling vervult haar taken via toetsbare protocollen; de output beantwoordt aan nader te formuleren kwaliteitseisen.
- De instelling heeft in principe een loondienstrelatie met de medewerkers.

Tarieven

De vergoeding van de bijzondere tandheelkundige hulp vindt plaats op basis van een uurtarief. Voor niet-AWBZ-instellingen geldt een tarief per stoeluur. Voor AWBZ-instellingen geldt een tarief per werkbaar uur. De uurtarieven zijn niet all-in.

1. De kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium), voor extraorale voorzieningen en voor implantaatkosten kunnen separaat worden doorberekend tegen de werkelijke kosten. De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen worden doorberekend, maar mogen in ieder geval niet hoger zijn dan de door NZa vastgestelde tarieven.

2. Voor OPG en RSP kunnen de werkelijke kosten separaat worden doorberekend; indien niet uitbesteed, maar in eigen beheer gemaakt, kunnen respectievelijk maximaal de bedragen, vermeld achter code X21 en X24 conform de tariefbeschikking voor tandartsen worden gedeclareerd.

3. Voor intraveneuze sedatie en narcose kunnen de door NZa vastgestelde kostentarieven en honorariumtarieven anesthesiologie worden doorberekend.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
21 van **44**

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 Overig

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. Tariefsoorten

17.1 Segmenten

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten zijn onderverdeeld in twee segmenten:

- Het gereguleerde segment met maximum tarieven voor de kostendelen.¹⁷
- Het vrije segment, waarbij de kostendelen vrij onderhandelbaar zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.¹⁸

In [bijlage 3](#) is een overzicht opgenomen van de DBC-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.

De overige zorgproducten welke tot het gereguleerde segment behoren zijn:

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

¹⁷ Dit segment wordt ook wel het A-segment genoemd.

¹⁸ Dit segment wordt ook wel het B-segment genoemd.

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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
22 van 44

17.2 DBC-zorgproducten gereguleerd segment

Over de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij onderhandelen over het kostendeel 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.

17.3 DBC-zorgproducten vrij segment

Over de DBC-zorgproducten die vallen onder het vrije segment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij onderhandelen over de prijs (en kwaliteit en volume) van zorg. Deze DBC-zorgproducten voldoen aan de criteria die de NZa gesteld heeft en de NZa stelt hier geen tarief voor vast.

17.4 Vaste segment

PM: voor beleid omtrent het vaste segment ontbreekt vooralsnog een wettelijke basis. Om deze reden zal dit later worden uitgewerkt.

17.5 Schematische weergave prestatie- en tariefsoorten per soort

Soort prestatie	Tariefsoort
DBC-zorgproduct gereguleerd segment kostendeel	Maximum
DBC-zorgproduct vrije segment kostendeel	Vrij
Add-on IC	Maximum
Add-on Dure en weesgeneesmiddelen	Maximum
Overig Product (OVP)	Maximum ¹⁹
Ondersteunend Product (OP)	Maximum ²⁰
Overige trajecten	Maximum
Overige verrichtingen	Maximum

17.6 Onderlinge dienstverlening

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de instelling die de prestatie levert, de kosten uitsluitend in rekening brengen aan de instelling die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Voor de in rekening te brengen kostendelen in het kader van onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

¹⁹ Met uitzondering van het extramuraal dieetadviesing, fysiotherapie en oefentherapie.

²⁰ Met uitzondering van het extramuraal dieetadviesing, fysiotherapie en oefentherapie.

artikel 18. Kostenbedragen DBC-zorgproductenKenmerk
BR/CU-2035
11D0023347**18.1** KostprijsberekeningPagina
23 van **44**

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 bekrachtigd middels een audit;
2. De kostprijzen worden aangeleverd door een referentiegroep van zorgaanbieders uit diverse instellingscategorieën aan DBC-Onderhoud, het privaatrechtelijk onderhoudsorgaan;
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 uit de DBC-zorgactiviteitentabel (v20081001) zijn gehanteerd als kostendrager door de referentiegroep instellingen die kostprijzen heeft berekend op basis van door de NZa vastgestelde calculatieprincipes en bekrachtigd middels een audit. De kostprijzen zijn gebaseerd op prijspeil 2009.

Op basis van een aanleveringen van een referentiegroep van twintig algemene ziekenhuizen is een gewogen gemiddelde kostprijs bepaald van de zorgactiviteiten. 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-2035
11D0023347

Pagina
24 van 44

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.
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:
Alle twee de 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. Hiervoor wordt middels een alternatieve methode een tarief voor 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 4. 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 (bijvoorbeeld 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 in combinatie met expert opinion.
Palliatieve zorg	6	Kenniscentra voor palliatieve zorg hebben een expertprofiel gemaakt op basis van de richtlijnen
Stamceltransplantatie	15	In samenwerking met de wetenschappelijk vereniging is kostprijs bepaald
Thuisbeademing	9	Hier is een separaat kostprijsonderzoek voor uitgevoerd.
Totaal	588	

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
25 van **44**

Bron: verantwoordingsdocument DBC-Onderhoud

18.7 Kapitaallasten

Aangezien de kostdelen van de tarieven 2012 gebaseerd zijn op kostprijzen 2009, is er door DBC-Onderhoud in de tarieven voor 2010 en 2011 een prijsindex toegepast. De prijsindex voor 2012 wordt toegevoegd in de correctierelease, aangezien deze momenteel nog niet bekend is. Het Ministerie van VWS dient hiervoor het voorcalculatorisch cijfer bekend te maken.

Verder is ook het standaard kapitaallastenpercentage toegevoegd aan de kostdelen van de tarieven. Over de jaren heen is het aandeel kapitaallasten binnen het budget stabiel te weten, 87,5% kostendeel 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 5. Overzicht kapitaallastenpercentage en prijsindex

Naam	Percentage
Kapitaallasten	1,08695652
Kapitaallasten radiotherapie	1,2
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,014
Prijsindex 2012	Volgt in correctierelease

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

18.8 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.

19.1 Kostenbedragen add-ons Intensive Care

De tarieven voor de add-ons IC worden bepaald aan de hand van de uitkomsten van het lopende kostprijsonderzoek wat DBC-Onderhoud op verzoek van de NZa uitvoert. De kostenbedragen worden meegenomen in de correctie release van 15 november 2011.

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

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.

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 van een nog nader te bepalen maand.

artikel 20. Tariefsoorten honorariumbedragen

artikel 21. Opbouw honorariumbedragen

Momenteel wordt in nauw overleg met veldpartijen gewerkt aan de totstandkoming van de normtijden ten behoeve van de honorariumtarieven. Op 1 augustus 2011 zullen de concept honorariumtarieven door DBC-Onderhoud worden opgeleverd aan de NZa en veldpartijen. De NZa zal de honorariumtarieven uiterlijk 1 september 2011 vaststellen, waarna DBC-Onderhoud een aangepast DOT-pakket zal uitleveren.

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.

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
28 van **44**

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

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
29 van 44

BELEIDSREGEL DURE GENEESMIDDELEN	
Stofnaam	Indicatie
abatacept	reumatoïde artritis
	Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met actieve reumatoïde artritis en met onvoldoende respons op of intolerantie voor behandeling met verschillende disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste methotrexaat, in optimale doseringen
	Behandeling van patiënten met actieve juveniele idiopatische artritis (= dus bij jonge mensen) met een polyarticulair beloop, bij onvoldoende respons op meerdere disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste één TNF-alfablokker
adali-mumab	Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met actieve reumatoïde artritis en met onvoldoende respons op of intolerantie voor behandeling met verschillende disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste methotrexaat, tenzij er sprake is van een contra-indicatie voor methotrexaat,
	Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met actieve en progressieve artritis psoriatica bij wie de respons op eerdere disease modifying antirheumatic drugtherapie onvoldoende is gebleken,
	*Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met ernstige actieve spondylitis ankylopoetica waarbij er sprake is van onvoldoende respons op ten minste twee prostaglandinesynthetaseremmers in maximale doseringen en andere conventionele behandeling,
	*Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met de ziekte van Crohn waarbij er sprake is van onvoldoende respons op de maximale inzet van corticosteroiden en/of immunosuppressiva; of die dergelijke behandelingen niet verdraagt of bij wie hiertegen een contra-indicatie bestaat,
	*Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met matig tot ernstige chronische plaque psoriasis waarbij er sprake is van onvoldoende respons op, intolerantie voor of een contra-indicatie voor PUVA of UVB als methotrexaat of ciclosporine,
	*Behandeling van patiënten met actieve juveniele idiopatische artritis met een polyarticulair beloop (=bij jonge mensen), bij onvoldoende respons op één of meerdere disease modifying antirheumatic drugs
	bij ernstige, visusbedreigende uveïtis (off label indicatie)
	bij patiënten met ernstige, therapieresistente ziekte van Behçet uitsluitend indien niet wordt uitgekomen met infliximab (off label indicatie)
alemtuzumab	3e lijnsbehandeling chronische lymfocytair leukemie
	1e en 2e lijnsbehandeling chronische lymfatische leukemie
amfotericine B liposomaal	ernstige systemische invasieve aspergillose en zygomycose
anakinra	Voor behandeling van patiënten bij alle indicaties waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd (zie CBG-website): behandeling van reumatoïde artritis in combinatie met methotrexaat bij patiënten die onvoldoende reageren op methotrexaat alleen

	erfelijke auto-inflammatoire aandoeningen therapieresistent 'Adult Onset Still's Disease' (AOSD)
anidulafungine	invasieve candidiasis
azacitidine	myelodysplastisch syndroom (MDS)
bevacizumab	gemetastaseerd colorectaal carcinoom
	gemetastaseerd mammacarcinoom
	gemetastaseerd longcarcinoom
	gemetastaseerd niercelcarcinoom
bortezomib	multiple myeloom
	1e lijnsbehandeling multiple myeloom
botuline toxine	lokale dystonieën
casprofungine	invasieve candidiasis
cetolizumab	uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder met actieve reumatoïde artritis en met onvoldoende respons op of intolerantie voor behandeling met verschillende disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste methotrexaat, tenzij er sprake is van een contra-indicatie voor methotrexaat
cetuximab	lokaal gevorderd plaveiselcelcarcinoom van het hoofdhalshalsgebied
	gemetastaseerd of teruggekeerd plaveiselcelcarcinoom van het hoofd-halsgebied (SNHHC)
	derdelijnsbehandeling van gemetastaseerde colorectale kanker bij patiënten met een niet-gemuteerd KRAS-gen (mCRC)
docetaxel	mammacarcinoom
	niet-kleincellig longcarcinoom
	maagdarkanker
	prostaatkarcinoom
doxorubicine liposomaal PEG	kaposi sarcoom
drotrecogin alfa	enstige sepsis
etanercept	Behandeling van patiënten met actieve reumatoïde artritis en met onvoldoende respons op of intolerantie voor behandeling met verschillende disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste methotrexaat tenzij er sprake is van een contra-indicatie voor methotrexaat
	*Behandeling van patiënten met actieve juveniele idiopatische artritis (= jong mensen) met een polyarticulair beloop, bij onvoldoende respons op één of meerdere disease modifying antirheumatic drugs
	Behandeling van patiënten van achttien jaar en ouder, met actieve en progressieve artritis psoriatica bij wie de respons op eerdere disease modifying antirheumatic drugtherapie onvoldoende is gebleken
	Behandeling van patiënten met ernstige actieve spondylitis ankylopoetica waarbij er sprake is van onvoldoende respons op ten minste twee prostaglandinesynthetaseremmers in maximale doseringen en andere conventionele behandeling
	*Behandeling van patiënten met matig tot ernstige chronische plaque psoriasis waarbij er sprake is van onvoldoende respons op, intolerantie voor of een contra-indicatie voor

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
30 van 44

	zowel PUVA of UVB als methotrexaat of ciclosporine
	bij ernstige therapieresistente hidradenitis suppurativa (off label indicatie)
	bij therapieresistente ziekte van Takayasu (off label indicatie)
gemcitabine	niet-kleincellig longcarcinoom
	ovariumcarcinoom
	blaascarcinoom
	pancreas adenocarcinoom
golimumab	Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met actieve reumatoïde artritis en met onvoldoende respons op of intolerantie voor behandeling met verschillende disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste methotrexaat, tenzij er sprake is van een contra-indicatie voor methotrexaat
	Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met actieve en progressieve artritis psoriatica bij wie de respons op eerdere disease modifying antirheumatic drugtherapie onvoldoende is gebleken
	*Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met ernstige actieve spondylitis ankylopoetica waarbij er sprake is van onvoldoende respons op ten minste twee prostaglandinesynthetaseremmers in optimale doseringen en andere conventionele behandeling
immunoglobuline	Humaan normaal immunoglobuline is bestemd voor substitutietherapie bij volwassenen en jongeren met een leeftijd van 12 jaar en ouder bij primaire immunodeficiëntiesyndromen. Het betreft bijvoorbeeld aangeboren agammaglobulinemie en hypogammaglobulinemie, gewone variabele immunodeficiëntie, ernstige gecombineerde immunodeficiëntie en IgG-subklassedeficiënties met recidiverende infecties. Voorts is het middel bestemd voor substitutietherapie bij myeloom of chronische lymfatische leukemie met ernstige secundaire hypogammaglobulinemie en recidiverende infecties
ibritumomab tiuxetan	non hodgkin lymfoom
infliximab	ziekte van Crohn
	reumatoïde artritis
	spondylitis ankylopoetica
	artritis psoriatica
	psoriasis
	colitis ulcerosa
	Behandeling van patiënten met actieve reumatoïde artritis met onvoldoende respons op, of intolerantie voor behandeling met verschillende disease modifying antirheumatic drugs, waaronder ten minste methotrexaat, in optimale doseringen
	Behandeling van patiënten met matig tot ernstige plaques psoriasis waarbij er sprake is van onvoldoende respons op, intolerantie voor of een contra-indicatie voor zowel PUVA of UVB als methotrexaat of ciclosporine
	Behandeling van patiënten met ernstige actieve spondylitis ankylopoetica met onvoldoende respons op ten minste 2 prostaglandinesynthetaseremmers in optimale doseringen en andere conventionele behandeling

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
31 van 44

	Behandeling van patiënten met artritis psoriatica met onvoldoende respons op DMARD's in optimale doseringen
	Behandeling van patiënten met matige tot ernstige colitis ulcerosa met onvoldoende respons op de conventionele therapie met inbegrip van corticosteroiden en azathioprine of 6-mercaptopurine, of bij wie dergelijke therapie gecontra-indiceerd is, of die een dergelijke therapie niet verdraagt
	Behandeling van patiënten met de ziekte van Crohn met onvoldoende respons op de optimale inzet van thans beschikbare middelen
	bij ernstige, visusbedreigende uveïtis (off label indicatie)
	bij uitbehandelde (neuro)sarcoïdose (off label indicatie)
	bij ernstige, therapieresistente sarcoïdose (off label indicatie)
	bij ernstige therapieresistente hidradenitis suppurativa (off label indicatie)
	bij patiënten met ernstige, therapieresistente ziekte van Behçet die niet op andere wijze kunnen worden behandeld (off label indicatie)
irinotecan	colorectaal carcinoom
methylaminolevunilaat	actinische keratosen
natalizumab	multiple sclerose
omalizumab	ernstige astma
oxaliplatine	colorectaal carcinoom
paclitaxel	mammacarcinoom
	niet-kleincellig longcarcinoom
	ovariumcarcinoom
palifermin	orale mucositis
panitumumab	patiënten met colorectaal carcinoom met EGFR-expressie
pegaptanib	maculadegeneratie
pemetrexed	maligne mesothelioom
	1e lijnsbehandeling niet-kleincellig longkanker anders dan overwegend plaveiselcelcarcinoom
	2e lijnsbehandeling niet-kleincellig longkanker
ranibizumab	maculadegeneratie
rituximab	onbehandelde en recidiverende/refractaire chronische lymfatische leukemie (CLL)
	non hodgkin lymfoom
	DLBCL in combinatie met CHOP
	reumatoïde artritis
ustekinumab	Behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met matig tot ernstige chronische plaque psoriasis, waarbij er sprake is van onvoldoende respons op, intolerantie voor of een contra-indicatie voor zowel PUVA of UVB als methotrexaat of ciclosporine.
temoporfine	plaveiselcelcarcinoom van het hoofd-halsgebied
temsirolimus	gemetastaseerd niercelcarcinoom
tocilizumab	reumatoïde artritis
trastuzumab	gemetastaseerd mammacarcinoom

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
32 van 44

	adjuvante behandeling mammacarcinoom
	gemetastaseerd maagcarcinoom met hoge HER2-expressie (IHC 2+ en SISH+ of FISH+, of IHC 3+)
verteporfine	maculadegeneratie
vinorelbine	niet-kleincellig longcarcinoom
voriconazol	invasieve aspergillus infectie

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
33 van **44**

BELEIDSREGEL WEESGENEESMIDDELEN IN UMC's	
Stofnaam	Indicatie
alglucosida alfa	ziekte van Pompe
agalsidase beta	ziekte van Fabry
agalsidase alfa	ziekte van Fabry
canakinumab	Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes (CAPS)
galsulfase	mucopolysaccharidose VI
idursulfase	ziekte van Hunter
clofarabine	acute lymfatische leukemie in kinderen
eculizumab	paroxismale nachtelijke hemoglobininurie
laronidase	mucopolysaccharidose I
trabectedine	weke delen sarcoom

Bijlage 6 Indicaties stollingsfactoren

Kenmerk
BR/CU-2035
11D0023347

Pagina
34 van 44

Stollingsfactor	Registratienummer	Werkzame stof
Aafact	RVG 17121	FACTOR VIII, HUMAAN
Advate	EU/1/03/271/001	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")
Advate	EU/1/03/271/002	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")
Advate	EU/1/03/271/003	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")
Advate	EU/1/03/271/004	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")
Autoplex-T (niet in GVS)	-	
Benefix	EU/1/97/047/001	NONACOG ALFA
Ceprotin 500 IE	EU/1/01/190/001	PROTEÏNE C, HUMAAN
Ceprotin 1000 IE	EU/1/01/190/002	PROTEÏNE C, HUMAAN
Factor VII Concentraat TIM 4 (niet in GVS)	-	
Factor IX P Behring	RVG 17529	humaan factor IX, humaan factor X
Factor XIII concentraat (niet in GVS)	-	humaan factor XIII
Feiba S-TIM 4	RVG 17119	ANTI-INHIBITOR- COAGULANT COMPLEX
Feiba S-TIM 4	RVG 17120	ANTI-INHIBITOR- COAGULANT COMPLEX
Fibrogammin P	-	
Haemate P	RVG 32916	FACTOR VIII, HUMAAN VON WILLEBRAND FACTOR
Haemate P	RVG 32917	FACTOR VIII, HUMAAN VON WILLEBRAND FACTOR
Haemate P	RVG 32918	FACTOR VIII, HUMAAN VON WILLEBRAND FACTOR
Haemocomplettan P	RVG 16996	FIBRINOGEEN, HUMAAN
Helixate Nex Gen	EU/1/00/144/001	FACTOR VIII, HUMAAN
Helixate Nex Gen	EU/1/00/144/002	FACTOR VIII, HUMAAN
Helixate Nex Gen	EU/1/00/144/003	FACTOR VIII, HUMAAN
Helixate Nex Gen	EU/1/00/144/004	humaan fibrinogeen octocog alfa (rec. Humaan factor VIII)
Hemofil M	RVG 17075	octocog alfa (rec. humaan factor VIII)
Hemofil M	RVG 17076	
Hemofil M	RVG 17077	
Hyate C	-	

Immunate	RVG 17427	humaan factor VIII, humane Von Willebrandfactor	Kenmerk BR/CU-2035 11D0023347
Immunate	RVG 17428		
Immunonine	RVG 17861	humaan factor IX	Pagina 35 van 44
Immunonine	RVG 17862		
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/001	FACTOR VIII, HUMAAN	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/002	FACTOR VIII, HUMAAN	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/003	FACTOR VIII, HUMAAN	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/004	FACTOR VIII, rDNA HUMAAN COAGULATIEFACTOR VIII, SUCROSE GEFORMULEERD (rFVIII-FS)(Bayer)	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/005	FACTOR VIII, rDNA HUMAAN COAGULATIEFACTOR VIII, SUCROSE GEFORMULEERD (rFVIII-FS)(Bayer)	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/006	FACTOR VIII, rDNA HUMAAN COAGULATIEFACTOR VIII, SUCROSE GEFORMULEERD (rFVIII-FS)(Bayer)	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/007	FACTOR VIII, HUMAAN	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/008	FACTOR VIII, HUMAAN	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/009	FACTOR VIII, HUMAAN	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/010	eptacog alfa (rec. humaan factor VII)	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/011	humaanfactor VIII	
Mononine	RVG 16874	humaanfactor VIII	
Mononine	RVG 16875	FACTOR IX, HUMAAN	
Mononine	RVG 16876	FACTOR IX, HUMAAN	
Monoclote P	RVG 17365		
Monoclote P	RVG 17366		
Monoclote P	RVG 17367		
Nonafact	EU/1/01/186/001	FACTOR IX, HUMAAN	
Nonafact	EU/1/01/186/002	FACTOR IX, HUMAAN	
Octanate 250 en 500	RVG 29925	FACTOR VIII, HUMAAN	
Octanate 1000	RVG 29926	FACTOR VIII, HUMAAN	
Nanotiv 500 en 1000	RVG 29962	FACTOR IX, HUMAAN, FACTOR IX, HUMAAN	
Novoseven	EU/1/96/006/001	FACTOR VIIA (RECOMBINANT)	
Novoseven	EU/1/96/006/002	FACTOR VIIA (RECOMBINANT)	
Novoseven	EU/1/96/006/003	FACTOR VIIA (RECOMBINANT)	
Recombinate	RVG 16030	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")	
Recombinate	RVG 16031	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")	
Recombinate	RVG 16032	FACTOR VIII (RECOMBINANT "BAXTER")	

ReFacto	EU/1/99/103/001	MOROCTOCOG ALFA	Kenmerk BR/CU-2035 11D0023347
ReFacto	EU/1/99/103/002	MOROCTOCOG ALFA	
ReFacto	EU/1/99/103/003	MOROCTOCOG ALFA	
Wilate 450	RVG 105308	FACTOR VIII, HUMAAN von willebrand factor	Pagina 36 van 44
Wilate 900	RVG 105310	FACTOR VIII, HUMAAN von willebrand factor	
Wilfactin 100/IE/ml	RVG 32375	von willebrand factor	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/012	Octovg alfa (recombinant stollingsfactor VIII)	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/013	Octovg alfa (recombinant stollingsfactor VIII)	
Kogenate Bayer	EU/1/00/144/005	Octovg alfa (recombinant stollingsfactor VIII)	