

Document

Wijzigingen dbc-release

RZ19b

Ingangsdatum 1 januari 2019

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Verwijzingen en samenhang relevante informatie	4
1.2 Impact van wijzigingen	5
1.3 Leeswijzer	5
1.4 Disclaimer	6
2. Wijzigingen uit projecten	7
2.1 Project: Protonentherapie	7
2.2 Project: Taakherschikking	16
3. Overige wijzigingen	18
3.1 Regelgeving	18
3.2 Zorgactiviteiten	28
3.3 Productstructuur	29
3.4 Overige zorgproducten	40
3.5 Aanspraak	44
Bijlage 1: overzicht Wijzigingen in releaseproducten	50
Bijlage 2: tabel Wijzigingen per specialisme	51
Bijlage 3: rapportage Uitvalreductie RZ19b	53

1. Inleiding

Voor u ligt het document Wijzigingen dbc-release RZ19b. Dit document beschrijft de wijzigingen in de updaterelease met ingangsdatum 1 januari 2019.

1.1 Verwijzingen en samenhang relevante informatie

In dit document helpen wij u op weg om alle wijzigingen in het dbc-systeem zo goed mogelijk te kunnen implementeren. Daarom vindt u in iedere paragraaf relevante verwijzingen, zodat u de informatie zo goed mogelijk kunt verwerken.

1.1.1 Verwijzing naar ingediende wijzigingsverzoeken

Ieder wijzigingsverzoek krijgt in het intakeproces een referentienummer. Dit referentienummer is ook gebruikt bij de consultatie van de wijzigingsverzoeken in het Technisch Overleg medisch-specialistische zorg (TO msz), waaraan vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders deelnemen.

Daarnaast zijn ingediende wijzigingsverzoeken in te zien op de website van de NZa. Een overzicht vindt u op onze website:

werkenmetdbcs.nza.nl/downloadcentrum-ziekenhuiszorg/doorontwikkelingdocs/wijzigingsverzoeken

1.1.2 Verwijzing naar releaseproducten

Waar van toepassing vindt u een verwijzing naar releaseproducten (tabellen en/of documenten regelgeving) waarvoor de wijziging geldt. Voor een totaaloverzicht van de impact op releasebestanden verwijzen we u naar de tabel in Bijlage 2: Overzicht wijzigingen in releaseproducten.

Overzicht afkortingen releaseproducten binnen dit document

Afkorting	Volledige naam
ACT	Aanspraak Code tabel
ARDT	Afsluitreden Tabel
ARGT	Afsluitregels Tabel
BR	Beleidsregel (Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg)
DCT	Diagnose Combinatie Tabel
ETL	Elektronische Typeringslijst
HOR	Hulptabel Overloopregistratie
LLM	Limitatieve Lijst Machtigingen
NR	Nadere regel (Regeling medisch-specialistische zorg)
RA	Registratieaddendum
RDZT	Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel
TB	Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg
TT	Tarieven Tabel
VT	Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper
WBMV	Wbmv Code Tabel

Afkorting	Volledige naam
WTT	Wachttijden Tabel
ZAT	Zorgactiviteiten Tabel
ZP	Zorgproducten Tabel
ZPG	Zorgproductgroepen Tabel

1.1.3 Verwijzing naar specialismen

Naast een verwijzing naar de impact op releaseproducten, vindt u - in iedere paragraaf - ook een verwijzing naar relevante specialismen. In Bijlage 3: tabel Wijzigingen per specialisme vindt u bovendien een totaaloverzicht met alle wijzigingen per specialisme.

Ook hier geldt dat deze verwijzingen een hulpmiddel zijn om de release-informatie te verwerken. Hoewel deze informatie met veel zorgvuldigheid is verzameld en weergegeven, kan het zijn dat de weergave in het overzicht niet volledig is. Daarnaast betreft het te allen tijde een indicatie van de specialismen waarbij de beschreven zorg (het meeste) voorkomt. Als u zoekt naar een specifiek specialisme, raden wij u aan om ook naar de term 'Meerdere' te zoeken. Bij wijzigingsverzoeken die meerdere specialismen raken is deze term gebruikt.

1.2 Impact van wijzigingen

In de uitwerking van wijzigingsverzoeken besteden we aandacht aan de impact van een wijziging in verhouding tot de omvang van het knelpunt dat is gemeld. Hiervoor is gebruik gemaakt van de beleidsregel Toetsingskader dbc-systeem BR/REG-18121, geldend vanaf 1 juli 2017. In dit document vindt u meer informatie over het kader dat de NZa toepast bij het beoordelen van een wijzigingsverzoek.

In het document Verantwoording dbc-release RZ19b, beschikbaar op werkenmetdbcs.nza.nl) treft u – wanneer van toepassing - meer achtergrondinformatie over de tariefffecten van wijzigingen in de RZ19b.

1.2.1 Typeringslijsten per specialismen

Alle typeringslijsten per specialismen hebben een recente (technische) 'datum gewijzigd' meegekregen. De reden hiervoor is dat deze documenten geactualiseerde (technische) documenteigenschappen hebben gekregen. Alleen de typeringslijst voor Gynaecologie (0307) is inhoudelijk gewijzigd.

1.3 Leeswijzer

Het document Wijzigingen dbc-release RZ19b geeft een beschrijving van wijzigingen in de dbc-systematiek die per 1 januari 2019 gelden. Dit is aanvullend op het document Wijzigingen dbc-release RZ19a.

De informatie in dit document is verdeeld in drie hoofdstukken:

- *Inleiding (hoofdstuk 1)*
- *Wijzigingen uit projecten (hoofdstuk 2)*
Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de uitwerking per project, de doorgevoerde wijziging(en) en welke onderdelen van het dbc-systeem worden geraakt.

- *Overige wijzigingen (hoofdstuk 3)*

Dit hoofdstuk beschrijft wijzigingen voortgekomen uit verzoeken die via de intakeprocedure bij de NZa zijn ingediend, evenals interne verzoeken voor regulier onderhoud.

Wijzigingsverzoeken zijn per paragraaf beschreven met minimaal de volgende opbouw:

- De titel van het wijzigingsverzoek.
- Een verwijzing naar het toegewezen referentienummer in de wijzigingen procedure.
- De aanleiding van het verzoek.
- De doorgevoerde wijziging(en).

Voor zover van toepassing op een wijzigingsverzoek is ook het onderstaande toegevoegd:

- Een verwijzing naar de releaseproducten waar de wijziging in is uitgewerkt.
- Een verwijzing naar specialismen die geraakt worden door dit wijzigingsverzoek.
- Een verwijzing naar zorgproductgroepen die geraakt worden door dit wijzigingsverzoek.

Daarnaast zijn de volgende bijlagen toegevoegd:

- Bijlage 1: overzicht Wijzigingen in releaseproducten
- Bijlage 2: tabel Wijzigingen per specialisme
- Bijlage 3: rapportage Uitvalreductie RZ19b

1.4 Disclaimer

Hoewel we de inhoud van dit document met de grootste zorgvuldigheid hebben samengesteld, kan het gebeuren dat er onvolkomenheden in dit document staan. In geval van verschil tussen de inhoud van het verantwoordingsdocument en de formele regelgeving (Beleidsregel, Nadere Regel en Tariefbeschikking) is de formele regelgeving leidend. Een volledig overzicht van de formele regelgeving vindt u op onze website www.nza.nl. Wij aanvaarden derhalve geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die kan ontstaan door het gebruik van de informatie uit dit document.

Verveelvoudiging en verspreiding is toegestaan mits u de NZa als bron vermeldt of als bron herkenbaar houdt.

Voor vragen over de dbc-systematiek kunt u terecht bij ons Informatie- en Contactcentrum:

E-mail : info@nza.nl
Telefoon : 088 - 770 8 770

2. Wijzigingen uit projecten

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de uitwerking per project, de doorgevoerde wijziging(en) en welke onderdelen van het dbc-systeem (releaseproducten) worden geraakt.

2.1 Project: Protonentherapie

Referentienummer: 202590

Titel wijzigingsverzoek: Protonentherapie opnemen in de dbc-systematiek

Releaseproduct(en): ARDT, ARG, BR, ETL, NR, RA, TT, ZAT, ZP

Specialisme(n): 0361 Radiotherapie

Zorgproductgroep(en): 990061 Radiotherapie

Aanleiding en verzoek

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft vier protonencentra een vergunning gegeven om protonentherapie te leveren. In aansluiting daarop hebben we vier individuele tariefbeschikkingen afgegeven op basis waarvan alleen die vier centra protonentherapie mogen declareren. In overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars is besloten om protonentherapie op te nemen in de dbc-systematiek.

In de RZ19a, de eerste release voor 2019, is een wijziging opgenomen voor 2019 die op enkele punten bijgesteld is in dbc-release RZ19b. Hieronder wordt eerst een totaaloverzicht gegeven van hoe protonentherapie is opgenomen in de dbc-systematiek, met daarbij een uitleg hoe dit per 1 januari 2019 in gebruik genomen wordt (zie 'Deel 1 - Situatie vanaf 2019'). Hierin staan geen technische specificaties van mutaties opgenomen. Deze zijn namelijk eerder beschreven in het document Wijzigingen dbc-release RZ19a v20180426.

De extra mutaties die nog voor protonentherapie zijn doorgevoerd in dbc-release RZ19b, staan afzonderlijk beschreven in het hierop volgende deel, zie 'Deel 2 - Mutaties RZ19b (wijzigingsverzoek 202590 en 202599) ten opzichte van RZ19a (202572)'.

De met ingang van 1 januari 2019 geldende regelgeving staat beschreven in de Beleidsregel prestaties en tarieven protonentherapie (BR/REG-19139) en de Regeling registratie en declaratie protonentherapie (NR/REG-1911).

Deel 1 - Situatie vanaf 2019

Voor protonentherapie is in de bestaande beslisboom voor de zorgproductgroep Radiotherapie (990061) een aparte tak aangemaakt, met daarin de producten zoals beschreven in de beleidsregel BR/REG-19139. Het product voor de planningsvergelijking is niet opgenomen in de beslisboom. Deze wordt apart gedeclareerd als overig zorgproduct.

Voor de productafleiding en de juiste zwaarte-indeling zijn zorgvraagcodes geïntroduceerd voor het specialisme radiotherapie.

Met deze nieuwe zorgvraagcodes wordt aangesloten bij de bepalende factoren (kind/volwassene, oog en andere tumorlokalisaties) voor de zwaarte van de zorgproducten, zoals gedefinieerd in beleidsregel BR/REG-19139 en de nadere regel NR/REG-1911.

Naast de zorgvraagcodes spelen ook zorgactiviteiten een centrale rol in de productafleiding. Daar waar mogelijk is uitgegaan van de bestaande zorgactiviteitcodes voor radiotherapie en zijn deze aangevuld met zorgactiviteitcodes die essentieel zijn voor de beschrijving en productafleiding voor protonentherapie.

Bestraling met protonen valt onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) en is voorbehouden aan instellingen die hiervoor een Wbmv-vergunning hebben. Dit is ook herkenbaar gemaakt in de dbc-systematiek bij de zorgactiviteiten en zorgproducten voor protonenbestraling.

Voor protonentherapie gelden speciale voorwaarden voor de vergoeding. Hiervoor worden ook markeringen opgenomen in de zorgactiviteiten en zorgproducten voor protonenbestraling.

Bovenstaande wijzigingen staan hieronder in meer detail beschreven.

Elektronische typeringslijst

In de typeringslijst 0361 voor het specialisme radiotherapie werd voorheen geen gebruik gemaakt van zorgvraagcodes. Per 2019 wijzigt dit. Hiertoe zijn onderstaande zorgvraagcodes geïntroduceerd¹. Deze zorgvraagcodes dienen te worden vastgelegd op basis van de informatie weergegeven in bijlage 1 'Indeling producten protonentherapie' van BR/REG-19139). De zorgvraagcodes dienen met ingang van 1 januari 2019 bij de aanlevering aan een grouper en zorgverzekeraars te worden meegeleverd. Dit geldt voor radiotherapie in algemene zin, dus niet alleen voor protonentherapie.

Specialisme-code AGB	As-code	As-omschrijving	Componentcode	Componentomschrijving KORT	Componentomschrijving LANG
0361	2	Zorgvraag	10	Protonen volw licht	Protonentherapie volwassene licht
0361	2	Zorgvraag	20	Protonen volw middel	Protonentherapie volwassene middel
0361	2	Zorgvraag	30	Protonen volw zwaar	Protonentherapie volwassene zwaar
0361	2	Zorgvraag	40	Protonen volw oog	Protonentherapie volwassene oog
0361	2	Zorgvraag	50	Protonen kind	Protonentherapie kind
0361	2	Zorgvraag	99	Radiotherapie geen protonen	Radiotherapie niet zijnde protonentherapie
0361	2	Zorgvraag	00	Traject	Traject

Informatie over het beoogde gebruik van de zorgvraagcodes

De zorgvraagcodes beschrijven de van toepassing zijnde (beoogde/ontvangen) bestralingsbehandeling, inclusief de hierbij behorende voorbereiding en follow-up.

Instellingen die geen protonentherapie leveren, registreren standaard zorgvraagcode Radiotherapie niet zijnde protonentherapie (99).

¹ De zorgvraagcodes staan weergegeven in de typeringslijst als een componentcode in de subcategorie voor zorgvraag (As-code 2 = Zorgvraag).

Instellingen die alleen protontherapie leveren, registreren de van toepassing zijnde zorgvraag voor protontherapie (zorgvraagcode 10 tot en met 50) voor patiënten die zij extern doorverwezen hebben gekregen voor behandeling. Ook voor de voor- en nazorg die zij hierbij leveren.

Instellingen die zowel protontherapie als fotontherapie leveren, registreren, afhankelijk van de (beoogde/ontvangen) bestralingsbehandeling, een zorgvraagcode voor protontherapie of zorgvraagcode Radiotherapie niet zijnde protontherapie (99). Bij het afsluiten van het subtraject dient de zorgvraagcode aangepast te worden wanneer de patiënt uiteindelijk een andere bestralingsbehandeling heeft gekregen dan bij aanvang verwacht.

Zorgactiviteiten tabel

In de zorgactiviteiten tabel waren in een eerdere fase al zorgactiviteit-codes opgenomen die de zorg rondom protontherapie beschrijven. Deze bleken deels gedateerd. Voor een goede aansluiting op de landelijke dbc-systematiek zijn hierin enkele wijzigingen doorgevoerd en zijn nieuwe zorgactiviteitcodes geïntroduceerd.

Bij de wijzigingen voor 2019 hebben wij de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- In de planningscodes is geen onderscheid gemaakt naar het type radiotherapie. Als meerdere planningen worden uitgevoerd voor radiotherapie (bijvoorbeeld voor fotonen en ook voor protonen) dan kan de betreffende planningscode per radiotherapieplanning worden vastgelegd.
- Voor de adaptieve planning is een enkele zorgactiviteit aangemaakt die, ongeacht de vorm van imaging, vastgelegd kan worden (in plaats van aparte codes voor adaptieve planning MRI, PET-CT, CT).
- Bestraling met protonen valt onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) en is voorbehouden aan de instellingen die hiervoor een Wbmv-vergunning hebben. Dit is ook herkenbaar gemaakt in de dbc-systematiek bij de zorgactiviteiten en zorgproducten voor protonenbestraling.
- Voor protontherapie gelden speciale voorwaarden voor de vergoeding. Hiervoor zijn ook markeringen opgenomen in de zorgactiviteiten en zorgproducten voor protonenbestraling.

Hierna volgt een totaaloverzicht van de zorgactiviteiten die de zorg rondom protontherapie beschrijven. Voor de volledigheid worden ook de zorgactiviteitcodes vermeld die al voor 2019 beschikbaar waren gesteld.

Za-code	Omschrijving	Consumentenomschrijving
090703	CT-simulatie.	Bepalen van het bestralingsgebied en het berekenen van de bestralingsvelden met behulp van CT-beelden.
090705	Standaard 3D planning (3D-IMRT planning zie 090706).	Maken van een standaard 3D planning.
090706	3D planning met intensiteitsgemoduleerde velden (3D-IMRT) (standaard 3D planning zie 090705).	Maken van een 3D planning met intensiteits gemoduleerde radiotherapie (3D-IMRT).
090707	Fusie van image-datasets tbv treatment planning.	Samenvoegen van gegevensverzamelingen met afbeeldingen ten behoeve van een behandelplan.
090708	Functional imaging tbv treatment planning.	Toepassen van functionele beeldvorming ten behoeve van een behandelplan.

Za-code	Omschrijving	Consumentenomschrijving
090709	MRI scan.	Vervaardigen van een MRI-scan.
090712	4D planning.	Maken van een 4D planning voor radiotherapie.
090740	Adaptieve planning radiotherapie (incl. imaging).	Aanpassen van bestralingsplan radiotherapie (incl. CT).
090789	PET-Electronic Portal Imaging Device (EPID)-based in vitro dosimetry.	PET-scan maken mbv een Electronic Portal Imaging Device (EPID) om de stralingsdosis te meten en te berekenen buiten het lichaam bij het toepassen van bestraling met geladen deeltjes (radiotherapie).
090796	Stereotactische bestraling (exclusief stereotactische protonenbestraling, zie 090832 en 090833).	Toepassen van zeer nauwkeurige uitwendige bestraling met smalle stralenbundels vanuit vele verschillende kanten.
090830	Standaard protonenbestraling - scanning.	Standaard protonenbestraling - dunne bestralingsbundel.
090831	Standaard protonenbestraling - scattering.	Standaard protonenbestraling - strooitechniek.
090832	Stereotactische protonenbestraling - scanning.	Protonenbestraling met meerdere bestralingsbundels van verschillende kanten - dunne bestralingsbundels.
090833	Stereotactische protonenbestraling - scattering.	Protonenbestraling met meerdere bestralingsbundels van verschillende kanten - strooitechniek.

Aan de volgende zorgactiviteiten is aanspraakcode Zorgactiviteiten Diverse Bependingen (2601) en Wbmv-code Zorgactiviteiten Radiotherapie: Protonentherapie Art.2. (2961) toegekend.

Za-code	Omschrijving	Consumentenomschrijving	Wbmv-code	Aanspraakcode
090830	Standaard protonenbestraling - scanning.	Standaard protonenbestraling - dunne bestralingsbundel.	2961	2601
090831	Standaard protonenbestraling - scattering.	Standaard protonenbestraling - strooitechniek.	2961	2601
090832	Stereotactische protonenbestraling - scanning.	Protonenbestraling met meerdere bestralingsbundels van verschillende kanten - dunne bestralingsbundels.	2961	2601
090833	Stereotactische protonenbestraling - scattering.	Protonenbestraling met meerdere bestralingsbundels van verschillende kanten - strooitechniek.	2961	2601

Voor de planningsvergelijking is ten behoeve van het overbruggingsscenario een aparte prestatie geïntroduceerd in de vorm van een overig zorgproduct, deze blijft ook na 2018 behouden voor registratie en declaratie.

Za-code	Omschrijving	Consumentenomschrijving
090720	Planningsvergelijking protonen- en fotonentherapie.	Vergelijken van bestralingsplannen protonen- en fotonentherapie.

NB: De planningsvergelijking wordt in alle gevallen los gedeclareerd. Het tarief van deze prestatie omvat de kosten voor de planningsvergelijking. Eventuele kosten voor het maken van een protonen bestralingsplan voor het uitvoeren van de planningsvergelijking in situaties waarbij het uitvoerende centrum (nog) geen hoofdbehandelaar is van de patient, vallen hier ook onder. In alle andere gevallen worden de plannen voor fotonen- en protonenbestraling geregistreerd binnen het lopende subtraject van de hoofdbehandelaar.

Productstructuur

In zorgproductgroep 990061 is een aparte tak met protonentherapie producten opgenomen die allemaal onder het gereguleerde segment vallen. In onderstaande tabel staan de producten benoemd en is informatie over de afleidingscriteria weergegeven.

Voor uitgebreide details verwijzen wij u naar de Zorgproductapplicatie, zie: zorgproducten.nza.nl.

Zp-code	Omschrijving	Criteria productafleiding
990061074	Protonentherapie kind	Afleiding op basis van een zorgactiviteit voor protonenbestraling (090830, -31, -32 of -33) EN de voor dit zorgproduct relevante zorgvraagcode voor protonentherapie (resp. 50, 40, 30, 20, 10).
990061075	Protonentherapie volwassene oog	
990061076	Protonentherapie volwassene zwaar	
990061077	Protonentherapie volwassene middel	
990061078	Protonentherapie volwassene licht	
990061080	Voorbereiding protonentherapie zonder bestraling	Afleiding op basis van een zorgactiviteit die de voorbereidingsactiviteit beschrijft (090702, -03, -04, -05, -06, 07, 08, -09, -10, -12, -40, of -89).
990061082	Protonentherapie consult(en)	Afleiding op basis van een zorgactiviteit die de consultatie beschrijft uit het algemene zorgactiviteitencluster voor polikliniek- en eerste hulpbezoeken (ZPK1).

Zorgproducten tabel

In aansluiting op bovengenoemde aanpassing in de productstructuur zijn onderstaande producten aangemaakt in de zorgproducten tabel:

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumentenomschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	WBMV code
990061074	Protonentherapie kind Radiotherapie	Radiotherapie (bestraling) met protonen (bij kind)	14E736	16E736	2961
990061075	Protonentherapie volwassene oog Radiotherapie	Radiotherapie (bestraling) met protonen bij aandoening binnen de oogkas	14E737	16E737	2961
990061076	Protonentherapie volwassene zwaar Radiotherapie	Heel ingewikkelde radiotherapie (bestraling) met protonen	14E738	16E738	2961
990061077	Protonentherapie volwassene middel Radiotherapie	Ingewikkelde radiotherapie (bestraling) met protonen	14E739	16E739	2961
990061078	Protonentherapie volwassene licht Radiotherapie	Radiotherapie (bestraling) met protonen	14E740	16E740	2961
990061079	Uitval geen zorgvraag protonentherapie Radiotherapie				
990061080	Voorbereiding protonentherapie zonder bestraling Radiotherapie	Voorbereiding op radiotherapie (bestraling) met protonen	14E741		
990061082	Protonentherapie Consult(en) Radiotherapie	Consult(en) in het kader van radiotherapie (bestraling) met protonen	14E742		

Algemene afsluitregels

De zorgactiviteiten voor de protonenbestraling zijn, net als de zorgactiviteiten voor reguliere radiotherapie, toegevoegd aan de 42-dagenregel zorgactiviteiten. Hiermee kunnen niet-klinische subtrajecten 42 dagen na de laatste bestralingsactiviteit, worden afgesloten.

Dit betreft een aanpassing in de algemene afsluitregel Niet klinisch, operatief (0.000.2), in Bijlage 1 van het Registratieaddendum en een aanpassing in de afsluitregels tabel.

Tarieven tabel

Voor de declaratie van protonentherapie zijn individuele tariefbeschikkingen afgegeven. Omdat sprake is van individuele tariefbeschikkingen met individuele tarieven per product, is in de tarieven tabel geen algemeen maximumtarief opgenomen maar een 0-tarief.

Doorgevoerde wijziging(en)

Deel 2 – Mutaties RZ19b (referentienummer 202590, 202599) ten opzichte van RZ19a (referentienummer 202572)

Hieronder volgt een beschrijving van de extra aanpassingen die in de RZ19b-release zijn doorgevoerd ten opzichte van de RZ19a-release.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

De zorgactiviteiten die eerder waren aangemaakt om de fase-indeling van protonentherapie te markeren, zijn vervallen. Zorgactiviteit 090741 is ook vervallen, omdat voor de planningsvergelijking een andere (los declarabele) zorgactiviteitcode beschikbaar is gesteld.

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
090720	Planningsvergelijking protonen- en fotonentherapie.	Vergelijken van bestralingsplannen protonen- en fotonentherapie.	6	J	20171001		Gewijzigd (Consumenten-omschrijving; Einddatum is verwijderd)
090741	Planningsvergelijking protonen- en fotonentherapie met evaluatie van potentiële complicaties.	Vergelijken van bestralingsplannen protonen- en fotonentherapie met beoordelen van eventuele complicaties.	6	J	20190101		(logisch) Verwijderd
090742	Voorbereiding protonentherapie.	Voorbereiden van protonentherapie.	89	J	20190101		(logisch) Verwijderd
090743	Nazorg protonentherapie.	Nazorg protonentherapie.	89	J	20190101		(logisch) Verwijderd

De los-declarabele prestatie voor de planningsvergelijking (090720) die eerder voor het overbruggingsscenario is aangemaakt (referentienummer 202599), blijft na 2018 behouden. De eerder opgenomen einddatum '20181231' is verwijderd. De consumentenomschrijving hiervan is met terugwerkende kracht aangepast.

Wijziging(en) productstructuur

In zorgproductgroep 990061 was eerder een nieuw zorgproduct opgenomen voor de planningsvergelijking (990061073). Dit product is vervallen.

De afleidingscriteria in de beslisboom zijn aangepast voor de afleiding van de producten voor voorbereiding en follow-up, omdat de fase-zorgactiviteiten zijn vervallen.

Zp-code	Omschrijving	Criteria productafleiding
990061073	Planningsvergelijking protonen- en fotonetherapie	Afleiding op basis van de zorgactiviteit voor de planningsvergelijking (090741)
990061080	Vorbereiding protonetherapie zonder bestraling	Afleiding op basis van de registratiecode die de fase voorbereiding voor protonetherapie markeert (90742) EN een zorgactiviteit die de voorbereidingsactiviteit beschrijft (090702, -03, -04, -05, -06, 07, 08, -09, -10, -12, -40, of -89).
990061082	Protonetherapie consult(en)	Afleiding op basis van de registratiecode die de nazorgfase markeert (90743) EN een zorgactiviteit die de consultatie beschrijft uit het algemene zorgactiviteitencluster voor polikliniek- en eerste hulpbezoeken (ZPK1).

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Bovengenoemde aanpassingen in de productstructuur hebben tot gevolg dat de volgende drie producten vervallen.

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
990061073	Planningsvergelijking protonen- en fotonetherapie Radiotherapie	Vergelijken van een fotonenbestralingsplan met een protonenbestralingsplan	14E735		20190101		(logisch) Verwijderd
990061081	Uitval geen voorbereiding protonetherapie Radiotherapie				20190101		(logisch) Verwijderd
990061083	Uitval geen follow-up consult protonetherapie Radiotherapie				20190101		(logisch) Verwijderd

Wijziging(en) afsluitregels tabel

De in de RZ19a opgenomen nieuwe afsluitregel (2.0361.2) is vervallen en verwijderd uit het registratieaddendum.

In plaats hiervan zijn de zorgactiviteiten voor de protonenbestraling, net als de zorgactiviteiten voor reguliere radiotherapie, toegevoegd aan de 42-dagenregel zorgactiviteiten. Dit betreft een aanpassing in de algemene afsluitregel Niet klinisch, operatief (0.000.2), in Bijlage 1 van het Registratieaddendum en een aanpassing in de afsluitregels tabel. De zorgactiviteiten voor protonenbestraling zijn toegevoegd in de algemene afsluitregel Niet klinisch, operatief (0.000.2). Daarnaast zijn de op afsluitreden 73 van toepassing zijnde afsluitregels verwijderd.

Afsluit-regels-code	Afsluitregel-omschrijving	Groep-nummer	Compo-nenttype	Compo-nentcode	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	ZA	090830	20190101		Nieuw
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	ZA	090831	20190101		Nieuw
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	ZA	090832	20190101		Nieuw
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	ZA	090833	20190101		Nieuw
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	1	ZA	090741	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	2	ZA	090742	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	2	ZA	090830	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	2	ZA	090831	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	2	ZA	090832	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	2	ZA	090833	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	3	ZA	090743	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090791	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090792	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090796	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090797	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090798	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090815	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090816	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090817	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090818	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090819	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090820	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090821	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090822	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090823	20190101		(logisch) Verwijderd
2.0361.2	Radiotherapie Protonentherapie	4	ZA	090824	20190101		(logisch) Verwijderd

Wijziging(en) afsluitreden tabel

Afsluitreden-code	Afsluitreden omschrijving	Korte omschrijving	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
73	Afsluiten zorgtype 11 of 21 o.b.v. uitzondering Radiotherapie bij planningsvergelijking of behandeling met protonentherapie (2.0361.2)	ZT 11/21 Radiotherapie bij planningsvergelijking of protonentherapie	20190101		(logisch) Verwijderd

Wijziging(en) tarieven tabel

AGB specialisme	AGB uitvoerder	Declaratie-code	Kostensoort	Tarief-type	Max-tarief (in euro's)	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0000	0000	14E735	02	5		20190101		(logisch) Verwijderd
0000	0000	16E741	02	7		20190101		(logisch) Verwijderd
0000	0000	090720	02	13		20171001		Gewijzigd (einddatum verwijderd)

2.2 Project: Taakherschikking

Referentienummer: 202295

Titel wijzigingsverzoek: ICC en medebehandeling mogelijk maken voor PA/VS

Releaseproduct(en): NR

Specialisme(n): Meerdere

Aanleiding en verzoek

De physician assistant (PA) en verpleegkundig specialist (VS) mogen sinds 1 januari 2015 consulten registreren, maar nog geen ICC (190009) of medebehandeling (190017), omdat ze geen poortspecialist zijn die de poortfunctie uitoefent. Verzocht is om het mogelijk te maken dat de physician assistant en verpleegkundig specialist een ICC en medebehandeling kunnen registreren.

Doorgevoerde wijziging(en)

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen. Hierbij gaat het om het volledig overdragen van (eind)verantwoordelijkheid in het uitvoeren van zorgtaken. De NZa vindt het belangrijk dat taakherschikking, daar waar dit bijdraagt aan meer doelmatige zorg, niet wordt belemmerd door NZa-regelgeving. We toetsen daarom of aanpassing in de regelgeving over registratiebevoegdheden voor bovengenoemde beroepsgroepen, noodzakelijk is.

Bij deze toetsing letten we op:

- 1) of sprake is van het volledig overdragen van de verantwoordelijkheid voor het behandelen van de zorgvraag (definitie van taakherschikking);
- 2) of de zorgverlener bevoegd en bekwaam is (bijvoorbeeld aan de hand van vastlegging in wet BIG);
- 3) doelmatigheid: draagt het toekennen van registratiebevoegdheden bij aan doelmatige zorg?

Uit de casussen blijkt dat het voorkomt dat de medisch specialist onnodig betrokken wordt bij ICC en medebehandeling, enkel voor registratiedoeleinden. Het toekennen van registratie- en declaratierechten kan deze inefficiëntie in het systeem wegnemen. Vanwege deze kostenverhogende systeemprikkel voldoet het wijzigingsverzoek aan de toewijzingsgronden van het Toetsingskader dbc-systeem. Daarnaast kan het toekennen van registratie- en declaratierechten zorgen voor een meer doelmatige zorgverlening.

De vraag of de PA/VS bekwaam en bevoegd is, is beantwoord door de definitieve verankering van deze beroepsgroepen in de wet BIG (sinds 2017). Wat betreft doelmatigheid geldt ook hier dat door het toekennen van registratierechten de verstoringe systeemprikkel in het huidige systeem kan worden weggenomen. Het toekennen van registratie- en declaratierechten zorgt op deze manier voor een meer doelmatige zorgverlening.

Tot slot zien wij dat in de huidige situatie de PA/VS wel zelfstandige registratie- en declaratiebevoegdheden heeft, wanneer sprake is van één zorgvraag. Bij een tijdens de opname ontstane nieuwe/eigen zorgvraag vervalt deze bevoegdheid, wat de huidige regelgeving inconsequent maakt.

In de omschrijving van ICC en medebehandeling is vereist dat sprake moet zijn van een eigen zorgvraag. Dit geldt voor alle beroepsgroepen die ICC en/of medebehandeling registreren, dus ook voor de PA/VS wanneer zij de bevoegdheid krijgen om een ICC of medebehandeling te registreren. Wanneer de PA/VS als ondersteuner van de medisch specialist zorg levert, mag deze geen ICC of medebehandeling registreren.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 24 lid 19	Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009) Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.	Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009) Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.	Door deze wijziging wordt het voor de physician assistant en verpleegkundig specialist mogelijk om de zorgactiviteit klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009) te registreren.
NR artikel 24 lid 20	Medebehandeling (190017) Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per consult in het kader van medebehandeling vastgelegd.	Medebehandeling (190017) Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per consult in het kader van medebehandeling vastgelegd.	Door deze wijziging wordt het voor de physician assistant en verpleegkundig specialist mogelijk om de zorgactiviteit medebehandeling (190017) te registreren.

3. Overige wijzigingen

Dit hoofdstuk beschrijft wijzigingen voortgekomen uit verzoeken die zorgaanbieders, zorgverzekeraars, en vertegenwoordigers bij ons hebben ingediend. Meer informatie over het indienen van een wijzigingsverzoek vindt u op onze website:

www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-behandelingen/hoe-vraagt-u-een-wijziging-of-zorginnovatie-aanw

3.1 Regelgeving

Deze paragraaf beschrijft wijzigingen in de regelgeving: de beleidsregel en de nadere regel. Daarnaast vindt u in het Registratieaddendum RZ19b een gedetailleerd overzicht van de wijzigingen in het betreffende addendum ten opzichte van de voorgaande versie.

3.1.1 Dbc-zorgproducten ook toegankelijk voor kinderpalliatieve teams

Referentienummer: 202622

Releaseproduct(en): NR

Specialisme(n): 0316 Kindergeneeskunde

Aanleiding en verzoek

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) verzoekt om aparte dbc-zorgproducten te maken voor kinderpalliatieve zorg. De huidige productstructuur voor palliatieve zorg zou niet passend zijn om de inzet van kinderpalliatieve teams/kindercomfort teams mee te bekostigen.

Doorgevoerde wijziging(en)

De bestaande dbc-zorgproducten voor palliatieve zorg zijn bedoeld voor alle palliatieve zorg: voor zowel de volwassenen als voor de kinderpalliatieve zorg. In de regelgeving blijkt echter een knelpunt te bestaan waardoor de kinderpalliatieve inzet geen gebruik kan maken van de dbc-zorgproducten voor palliatieve zorg. We passen de regelgeving aan, zodat ook de kinderpalliatieve teams toegang hebben tot deze dbc-zorgproducten.

Het vastleggen van de zorgactiviteit Overleg palliatieve zorg (190006) is een voorwaarde om de zorgproducten voor palliatieve zorg te kunnen declareren. In de regelgeving voor medisch-specialistische zorg staat dat deze zorgactiviteit alleen geregistreerd mag worden wanneer ten minste twee verschillende poortspecialismen aan het overleg deelnemen. In de kinderpalliatieve teams is hier veelal geen sprake van.

De huidige omschrijving van zorgactiviteit Overleg palliatieve zorg (190006) in de Regeling medisch-specialistische zorg is als volgt:

Overleg palliatieve zorg (190006)

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team. Het palliatief team bestaat uit:

- ten minste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of
- één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft door opleiding, aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.

Hieraan wordt toegevoegd:

In het geval van palliatieve zorg voor kinderen bestaat het team palliatieve zorg ten minste uit één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een coördinerend verpleegkundige.

Deze toevoeging betreft de minimale bezetting van een kinderpalliatief team, conform de Richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 24 lid 14	Overleg palliatieve zorg (190006) Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team. Het palliatief team bestaat uit: • tenminste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of • één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn / palliatieve zorg.	Overleg palliatieve zorg (190006) Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een palliatief team. Het palliatief team bestaat uit: • tenminste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of • één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn / palliatieve zorg. In het geval van palliatieve zorg voor kinderen bestaat het team palliatieve zorg tenminste uit één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een coördinerend verpleegkundige.	Deze wijziging maakt het mogelijk dat de kinderpalliatieve teams ofwel de kindercomfort teams, de zorgactiviteit Overleg palliatieve zorg vastleggen.

3.1.2 Uitzondering face-to-face contact voor radiotherapie bij zt11

Referentienummer: 202680

Releaseproduct(en): NR

Specialisme(n): 0361 Radiotherapie

Aanleiding en verzoek

Per 1 januari 2018 is in artikel 5 lid 1 van de Regeling medisch-specialistische zorg opgenomen dat het eerste subtraject van een zorgtraject ten minste één fysiek face-to-face contact bevat tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Dit levert problemen op binnen radiotherapie. Dit doet zich bijvoorbeeld voor in de situatie waarin een patiënt uitzaaiingen heeft van kanker, die pijn veroorzaken. Om de pijn te behandelen wordt de patiënt op meerdere plekken bestraald. Hiervoor moeten meerdere CT-scans en plannings worden gemaakt als voorbereiding op de bestraling. Voor deze handelingen mogen parallelle trajecten worden geopend.

De patiënt heeft in dit voorbeeld één consult bij de radiotherapeut, waarin de diagnose wordt gesteld en de beslissing tot het maken van de behandelplannen wordt genomen. Dit consult mag maar aan één van de trajecten worden gekoppeld, waardoor de andere trajecten geen consult bevatten en dus ook geen face-to-face contact. In het voorbeeld leidt slechts één van de trajecten tot een declarabel zorgproduct.

Doorgevoerde wijziging(en)

Aan artikel 5 lid 1 van de Regeling medisch-specialistische is een uitzondering toegevoegd, waarin is opgenomen dat geen face-to-face contact is vereist in subtrajecten met ZT11 wanneer sprake is van toegestane paralleliteit, zoals beschreven in artikel 19 lid 13 onder b Regeling medisch-specialistische zorg.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 5 lid 1	(...) Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Voor klinische genetica geldt een uitzondering op deze regel: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden. Ook voor hartteambespreking en longteambespreking geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.	(...) Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Voor klinische genetica geldt een uitzondering op deze regel: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden. Voor radiotherapie is geen face-to-face contact vereist indien sprake is van een parallel subtraject zoals omschreven in artikel 19 lid 13 onder b van deze regeling. Subtrajecten met ZT11 voor audiologie bevatten ten minste één fysiek face-to-face contact in de volgende gevallen: <ul style="list-style-type: none"> - Kinderen tot en met 18 jaar met een gehoorstoornis; - Patiënten waarbij beoordeeld moet worden of nader medisch onderzoek en/of medische behandeling noodzakelijk is; - Patiënten met meervoudige audiologische problematiek; - Patiënten met een evenwichtsstoornis. Voor hartteambespreking en longteambespreking geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.	Het is niet noodzakelijk dat parallelle subtrajecten in de zin van artikel 19 lid 13 onder b Regeling medisch-specialistische zorg (radiotherapie), een face-to-face contact tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert bevatten. Om die reden is in artikel 5 lid 1 NR een uitzondering opgenomen. In dit artikel is eveneens een wijziging doorgevoerd voor audiologie, zie hiervoor wijzigingsverzoek 202692.

3.1.3 Aanscherpen regelgeving ten aanzien van de facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek

Referentienummer: 202686

Releaseproduct(en): BR, NR

Specialisme(n): Meerdere

Aanleiding en verzoek

Eind maart 2018 hebben we van VWS een aanwijzing ontvangen om per 2019 de facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek in te voeren. In de RZ19a was de mogelijkheid voor het aanvragen van de facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek al opgenomen. De regelgeving moest echter nog aangescherpt worden.

Doorgevoerde wijziging(en)

De teksten in de regelgeving (zowel beleidsregel als nadere regel) zijn verbeterd en verduidelijkt. Het betreft geen inhoudelijke wijzigingen in de regeling. Er zijn tekstuele aanpassingen gedaan zodat ons beleid beter is verwoord en de aanvraagprocedure voor een facultatieve prestatie en de verplichtingen van de partijen zijn beschreven.

Wijziging(en) regelgeving Beleidsregel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
BR artikel 1 lid n	Facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek Een tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) overeengekomen prestatiebeschrijving voor eerstelijnsdiagnostiek.	Facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek Een tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) overeengekomen prestatie voor eerstelijnsdiagnostiek.	Er wordt een prestatie overeengekomen (inclusief een beschrijving) en niet alleen een prestatiebeschrijving.
BR artikel 12	Aanvraagprocedure facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek Een facultatieve prestatie kan worden aangevraagd door middel van een gezamenlijke aanvraag van ten minste een zorgaanbieder en ten minste een zorgverzekeraar. Daarnaast moet de aanvraag aan de volgende voorwaarden voldoen: - De prestatiebeschrijving moet concreet en duidelijk zijn. - In de aanvraag wordt toegelicht waarom de prestatiebeschrijving binnen de reikwijdte valt van de beleidsregel medisch specialistische zorg, en specifiek eerstelijnsdiagnostiek betreft. - De facultatieve prestatie kent een vrij tarief onder contractvoorwaarde.	Aanvraagprocedure facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek 1. Een facultatieve prestatie kan worden aangevraagd door middel van een gezamenlijke aanvraag van ten minste een zorgaanbieder en ten minste een zorgverzekeraar. De aanvraag kan worden ingediend met het formulier. Daarnaast moet de aanvraag aan de volgende voorwaarden voldoen: - Uit de prestatiebeschrijving moet concreet en duidelijk blijken wat de inhoud is van de prestatie. - Uit de aanvraag blijkt, of in de aanvraag wordt toegelicht, dat de prestatie onder de reikwijdte valt van de beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, en specifiek eerstelijnsdiagnostiek betreft. - De prestatie mag niet enkel bestaan uit een reeds bestaande prestatie of een bundeling van reeds bestaande prestaties. 2. De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het eerste lid een besluit met inachtneming van de geldende bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld. 3. Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg. Het besluit wordt gepubliceerd op de website van de NZa en van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen. 4. Het besluit bedoeld in het tweede lid wordt verwerkt in de dbc-tabellen van de eerst mogelijke release volgend op de inwerkingtredingsdatum van dat besluit. 5. De facultatieve prestatie kent een vrij tarief.	De aanpassing maakt duidelijker wat gevraagd wordt bij het aanvragen van een facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek en geeft inzicht in welke termijnen wij hanteren bij de beoordeling.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 1 lid n	Facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek Een tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) overeengekomen prestatiebeschrijving voor eerstelijnsdiagnostiek.	Facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek Een tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) overeengekomen prestatie voor eerstelijnsdiagnostiek.	Er wordt een prestatie overeengekomen (inclusief een beschrijving) en niet alleen een prestatiebeschrijving.
NR artikel 34b lid 12	Een facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek mag in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder indien hier een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.	De facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek wordt uitsluitend in rekening gebracht door zorgaanbieders die hierover een contractafspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt (contractvereiste).	Aanpassing verduidelijkt dat het moet gaan om een contractuele afspraak met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt.

3.1.4 Overige zorgproducten toegankelijk maken voor forensische zorg conform gespecialiseerde ggz

Referentienummer: 202688

Releaseproduct(en): BR, NR

Specialisme(n): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Naar aanleiding van een bezwaar heeft de NZa onderzocht in hoeverre bepaalde overige zorgproducten ook voor de forensische zorg geregistreerd en gedeclareerd moeten kunnen worden.

Doorgevoerde wijziging(en)

In bijlage 4 'Overzicht overige zorgproducten' bij de Regeling medisch-specialistische zorg en bijlage 1 'Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per 1 januari 2019' bij de Prestatie- en Tariefbeschikking 2019 is, door middel van een nieuwe kolom met kruisjes, aangegeven welke overige zorgproducten door zorgaanbieders voor forensische zorg geregistreerd en gedeclareerd kunnen worden. De Beleidsregel Prestaties en Tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg zijn gewijzigd zodat deze beleidsregel en regeling niet van toepassing zijn op de forensische zorg, met uitzondering van de relevante fz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieven tabel.

Wijziging(en) regelgeving Beleidsregel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
BR artikel 1 sub y	y. Medisch-specialistische zorg Medisch-specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz.	y. Medisch-specialistische zorg Medisch-specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg (fz).	Het wordt mogelijk gemaakt dat FZ-aanbieders ook overige zorgproducten uit de MSZ kunnen registreren en declareren.

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
BR artikel 3	<p>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.</p> <p>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).</p>	<p>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.</p> <p>Deze beleidsregel is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, de Beleidsregel generalistische basis-ggz en de Beleidsregel prestaties en tarieven forensische zorg, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties en fz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel (te raadplegen via http://werkenmetdbcs.nza.nl).</p>	Het wordt mogelijk gemaakt dat FZ-aanbieders ook enkele overige zorgproducten uit de MSZ kunnen registreren en declareren.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
BR artikel 1 sub y	y. Medisch-specialistische zorg Medisch-specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz.	y. Medisch-specialistische zorg Medisch-specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg (fz).	Het wordt mogelijk gemaakt dat FZ-aanbieders ook enkele overige zorgproducten uit de MSZ kunnen registreren en declareren.
BR artikel 3	<p>Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch-specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria), audiologische centra, trombosediensden, instellingen voor erfelijkheidsadviesing en instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.</p> <p>Deze regeling is voorts van toepassing op solisten als bedoeld in artikel 15 van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en op zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals kaakchirurgen die bieden.</p> <p>Deze regeling is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en aanbieders van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en Beleidsregel generalistische basis-ggz, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel (te raadplegen via http://werkenmetdbcs.nza.nl).</p>	<p>Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch-specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria), audiologische centra, trombosediensden, instellingen voor erfelijkheidsadviesing en instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.</p> <p>Deze regeling is voorts van toepassing op solisten als bedoeld in artikel 15 van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en op zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals kaakchirurgen die bieden.</p> <p>Deze regeling is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en aanbieders van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg (fz), als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, Beleidsregel generalistische basis-ggz en Beleidsregel prestaties en tarieven forensische zorg, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties en fz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel (te raadplegen via http://werkenmetdbcs.nza.nl).</p>	Het wordt mogelijk gemaakt dat FZ-aanbieders ook enkele overige zorgproducten uit de MSZ kunnen registreren en declareren.

3.1.5 Aanpassen regelgeving onderlinge dienstverlening

Referentienummer: 202690

Releaseproduct(en): NR

Specialisme(n): Meerdere

Aanleiding en verzoek

Bij samenwerkingsverbanden tussen instellingen komt het voor dat een hoofdbehandelaar bewust naar zichzelf verwijst in de andere instelling. De patiënt behoudt op deze manier dezelfde hoofdbehandelaar, ook al wordt hij behandeld in een andere instelling. Patiënten ervaren dit als positief, omdat de medisch specialist het aanspreekpunt blijft gedurende de behandeling.

Volgens de Regeling medisch-specialistische zorg mag, wanneer een hoofdbehandelaar naar zichzelf verwijst, slechts één zorgtraject geopend worden. De zorg die in de tweede instelling wordt geleverd, moet via onderlinge dienstverlening worden verrekend.

Verzocht is een uitzondering op te nemen in artikel 32 lid 5, waardoor het mogelijk is om in beide instellingen een zorgtraject te openen wanneer de hoofdbehandelaar naar zichzelf verwijst in een andere instelling, in het kader van een samenwerkingsverband.

Doorgevoerde wijziging(en)

Een groot deel van artikel 32, lid 5, is verplaatst naar een nieuw lid 6. Deze is vervolgens uitgebreid met een sub d met een nadere toelichting daarop. Er is een uitzondering op onderlinge dienstverlening opgenomen in de situatie waarin sprake is van een formele samenwerking tussen twee instellingen en een medisch specialist naar zichzelf verwijst in een andere instelling.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr. oud	RZ19a Omschrijving	Art.nr. nieuw	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 32 lid 5	<p>5. Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en de hoofdbehandelaar de patiënt verwijst naar zichzelf in een andere instelling is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg wordt via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht, met uitzondering van de volgende situaties:</p> <p>* a. de situatie waarin een medisch specialist die vanuit een categorale instelling (revalidatie instelling, radiotherapeutisch centrum, dialysecentrum of audiologisch centrum) is gedetacheerd in een ziekenhuis als zijnde hoofdbehandelaar van de patiënt verwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg waarin deze medisch specialist zelf als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal behandelen;</p> <p>* b. de situatie waarin de patiënt voor (hoog)complexe zorg door een medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar wordt verwezen naar een andere instelling waar deze medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal gaan behandelen omdat de benodigde behandelafaciliteiten of kennis en/of kunde ontbreken in de eerstbedoelde instelling;</p> <p>* c. de situatie waarin de patiënt door een medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar wordt verwezen naar een andere instelling waar deze medisch specialist als zijnde hoofdbehandelaar de patiënt zal gaan behandelen, vanwege voor de patiënt niet-gecontracteerde zorg bij de initiële instelling. Op voorwaarde dat de zorg waarvoor de patiënt wordt verwezen, dient voor de patiënt wel gecontracteerd is in de instelling waar de patiënt naar wordt verwezen.</p>	NR artikel 32 lid 5 en 6	<p>5. Indien een hoofdbehandelaar in meerdere instellingen werkzaam is en hij/zij de patiënt vanuit de initiële instelling naar zichzelf (door)verwijst in een andere instelling, is er geen sprake van overdracht van het hoofdbehandelaarschap. De geleverde zorg in de andere instelling wordt dan via onderlinge dienstverlening in rekening gebracht bij de initiële instelling. Overeenkomstig het bepaalde in het derde lid brengt de initiële instelling het zorgproduct in rekening bij de zorgverzekeraar of de patiënt.</p> <p>6. De verplichting genoemd in het vorige lid om zorg, die na doorverwijzing is geleverd in een andere instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap, via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen bij de initiële instelling, geldt niet in de volgende gevallen:</p> <p>a. de situatie waarin een medisch specialist, die vanuit een categorale instelling voor gespecialiseerde zorg (revalidatie-instelling, radiotherapeutisch centrum, dialysecentrum, audiologisch centrum) is gedetacheerd in een ziekenhuis en deze medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit dat ziekenhuis (door)verwijst naar de categorale instelling voor gespecialiseerde zorg, waarin deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen.</p> <p>b. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt met een (hoog)complexe zorgvraag vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat de benodigde behandelafaciliteiten, kennis en/of kunde in de initiële instelling ontbreken.</p> <p>c. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat de zorg waar de zorgvraag van de patiënt betrekking op heeft door diens zorgverzekeraar niet gecontracteerd is bij de initiële instelling, maar wel bij die andere instelling.</p>	<p>Bij samenwerkingsverbanden tussen instellingen komt het voor dat een hoofdbehandelaar bewust naar zichzelf verwijst in de andere instelling. De patiënt behoudt op deze manier dezelfde hoofdbehandelaar, ook al wordt hij behandeld in een andere instelling. Patiënten ervaren dit als positief, omdat de medisch specialist het aanspreekpunt blijft gedurende de behandeling. In artikel 32 lid 5 en 6 van de Regeling medisch-specialistische zorg is een uitzondering opgenomen op onderlinge dienstverlening voor de situatie waarin sprake is van een formele samenwerking tussen twee instellingen en een medisch specialist naar zichzelf verwijst in een andere instelling.</p>

Art.nr. oud	RZ19a Omschrijving	Art.nr. nieuw	RZ19b omschrijving	Toelichting
			d. de situatie waarin een medisch specialist, in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt vanuit de initiële instelling (door)verwijst naar een andere instelling waar deze medisch specialist, eveneens in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar, de patiënt (verder) zal behandelen, omdat beide hiervoor genoemde instellingen met betrekking tot de zorgvraag van de patiënt een geformaliseerde vorm van samenwerking met elkaar hebben. Ook het terug verwijzen naar de initiële instelling met behoud van het hoofdbehandelaarschap kan onderdeel zijn van deze geformaliseerde samenwerking. Deze uitzondering is slechts mogelijk onder de voorwaarde dat de zorgverzekeraar(s) waarmee de samenwerkende instellingen contractafspraken maken, hier aanvullende afspraken over maken en deze vastleggen in het contract (contractvereiste).	
NR artikel 32 lid 6	6. Indien een acute zorgvraag behandeld wordt in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is, mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.	NR artikel 32 lid 7	7. Indien een acute zorgvraag behandeld wordt in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is, mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.	Lidnummer is eentje opgehoogd.
NR artikel 32 lid 7	7. Indien zorg verleend wordt door een andere instelling in het kader van een second opinion mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend	NR artikel 32 lid 8	8. Indien zorg verleend wordt door een andere instelling in het kader van een second opinion mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.	Lidnummer is eentje opgehoogd.
-		Toelichting NR Artikel 32 lid 6 sub d	De wijze waarop de aanvullende afspraken in de praktijk vorm wordt gegeven is aan partijen zelf, evenals de inhoud van de afspraken; de NZa treedt hier niet sturend in op. Het behoort bijvoorbeeld ook tot de mogelijkheden dat de zorgverzekeraar(s), die marktleider(s) is/zijn bij een van de betrokken zorginstellingen, aanvullende afspraken overeenkomt/overeenkomen en dat de overige zorgverzekeraars zich hier bij aansluiten.	Nadere toelichting behorend bij artikel 32 lid 6 sub d toegevoegd.

3.1.6 Uitzondering voor audiologie op het verplichte face-to-face contact

Referentienummer: 202692

Releaseproduct(en): NR

Specialisme(n): 1900 Audiologie

Aanleiding en verzoek

Met ingang van 1 januari 2018 is in de Regeling medisch-specialistische zorg opgenomen dat een subtraject met zt11 tenminste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt bevat. Vanuit het specialisme audiologie is aangegeven dat subtrajecten audiologie met zt11 hier niet altijd aan voldoen. De klinisch fysicus audioloog is altijd de hoofdbehandelaar van de patiënt, maar niet altijd direct betrokken bij trajecten voor diagnostiek en/of behandeling. Meer informatie hierover is te vinden in de Leidraad Audiologische zorg. Op basis van de huidige regelgeving kunnen deze trajecten niet worden gedeclareerd. Verzocht is om in artikel 5 lid 1 van de Regeling medisch-specialistische zorg een uitzondering op te nemen voor audiologie.

Doorgevoerde wijziging(en)

Voor audiologie geldt een uitzondering op de regel dat ieder subtraject met zt11 tenminste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt bevat. Artikel 5 lid 1 NR is aangevuld met de situaties waarin dit wél het geval is. Voor de overige situaties geldt dit vereiste niet.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 5 lid 1	(...) Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Voor klinische genetica geldt een uitzondering op deze regel: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden. Ook voor hartteambespreking en longteambespreking geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.	(...) Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Voor klinische genetica geldt een uitzondering op deze regel: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden. Voor radiotherapie is geen face-to-face contact vereist indien sprake is van een parallel subtraject zoals omschreven in artikel 19 lid 13 onder b van deze regeling. Subtrajecten met ZT11 voor audiologie bevatten ten minste één fysiek face-to-face contact in de volgende gevallen: <ul style="list-style-type: none"> - Kinderen tot en met 18 jaar met een gehoorstoornis; - Patiënten waarbij beoordeeld moet worden of nader medisch onderzoek en/of medische behandeling noodzakelijk is; - Patiënten met meervoudige audiologische problematiek; - Patiënten met een evenwichtsstoornis. Voor hartteambespreking en longteambespreking geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.	Voor audiologie geldt een uitzondering op de regel dat ieder subtraject met ZT11 ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt bevat. Artikel 5 lid 1 NR is daarom aangevuld met de situaties waarin dit wél het geval is, voor de overige situaties geldt dit vereiste niet. In dit artikel is eveneens een wijziging doorgevoerd voor radiotherapie, zie hiervoor wijzigingsverzoek 202680.

3.2 Zorgactiviteiten

Deze paragraaf beschrijft wijzigingen in zorgactiviteiten.

3.2.1 Corrigeren consumentenomschrijving zorgactiviteiten

Referentienummer: 202627

Releaseproduct(en): ZAT

Specialisme(n): 0303 Heelkunde, 0310 Dermatologie

Aanleiding en verzoek

In dbc-release RZ19a is een groot aantal consumentenomschrijvingen van overige zorgproducten ingekort om te bewerkstelligen dat deze niet meer worden afgekapt op de nota. Twee ingekorte consumentenomschrijvingen waren echter onjuist opgenomen in de zorgactiviteiten tabel.

Doorgevoerde wijziging(en)

De in de zorgactiviteiten tabel onjuist opgenomen ingekorte consumentenomschrijvingen zijn gecorrigeerd:

- Zorgactiviteit 199883: in de consumentenomschrijving ontbreekt de 'l' in 'flebectomie'. Deze is toegevoegd.
- Zorgactiviteit 119029: hieraan was een onjuiste consumentenomschrijving toegevoegd. Deze is gecorrigeerd.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
119029	Rijbewijs: rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.	Toeslag per elke 15 min. extra direct contact met te keuren houder/aanvrager v.e. rijbewijs waarvoor rapport op verzoek CBR. I.g.v. eigen verklaringsprocedure max. 2x te rekenen voor indirecte tijd.	99	J	20190101		Gewijzigde consumentenomschrijving
199883	Supplementaire flebectomie volgens Muller of transilluminated aangedreven flebectomie en hieraan gerelateerde zorg, op verzoek patiënt.	Verwijderen spataderen been als aanvullende behandeling (flebectomie volgens Muller of transilluminated flebectomie) en hieraan gerelateerde zorg, op verzoek van patiënt.	5	J	20190101		Gewijzigde consumentenomschrijving

3.3 Productstructuur

Deze paragraaf beschrijft wijzigingen in de afleiding naar bestaande dbc-zorgproducten, introductie van nieuwe dbc-zorgproducten en beëindigingen. Wijzigingen van de Latijnse omschrijvingen en consumentenomschrijvingen in de zorgproducten tabel, worden ook beschreven. Wijzigingen in de zorgproductomschrijvingen worden in dit document niet beschreven, omdat deze technisch van aard zijn en geen toegevoegde informatie opleveren.

3.3.1 Placenta-/miskraamrestverwijdering 42 dagen na partus en eigen risico

Referentienummer: 202601

Releaseproduct(en): DCT, ETL, NR, RDZT, ZP

Specialisme(n): 0307 Gynaecologie

Zorgproductgroep(en): 150101 Zwangerschap/bevalling/kraambed – Zwangerschap eindigend in misgeboorte, 159899 Zwangerschap/bevalling/kraambed - Bevalling

Aanleiding en verzoek

Verloskundige zorg is vrijgesteld van het eigen risico tot 42 dagen (6 weken) na de bevalling. Zorginstituut Nederland (ZINL) heeft aangegeven dat een uitzondering van toepassing is voor het verwijderen van een placenta- of miskraamrest. Deze handeling is volgens ZINL altijd onderdeel van de verloskundige zorg en daarmee vrijgesteld van het eigen risico, ongeacht wanneer de verwijdering plaatsvindt.

Momenteel is het binnen de huidige dbc-productstructuur niet mogelijk om te voorkomen dat het eigen risico van de patiënte belast wordt bij een placenta- of miskraamrest verwijdering wanneer deze meer dan 6 weken na de bevalling plaatsvindt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat de zorg onvoldoende herkenbaar is om dit te kunnen voorkomen.

Dit is een onwenselijk situatie, omdat de patiënte hierdoor ten onrechte een rekening voor het eigen risico ontvangt. Gezien de uitspraak van ZINL mag het niet zo zijn dat een patiënte eigen risico moet betalen voor de placenta-/miskraamrest verwijdering na 6 weken.

Er zijn drie verschillende situaties te onderscheiden:

- Placentarestverwijdering na bevalling buiten instelling

Indien de patiënte niet in het ziekenhuis, maar elders is bevallen, kan voor het verwijderen van de placentarest een traject met diagnosecode Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders inclusief nacontrole (K23) geregistreerd worden. Als in dit traject een placentarestverwijdering plaatsvindt, leidt dit af naar het passende dbc-zorgproduct Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders | (Manuele) placentaverwijdering/ oper cervixscheur | Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl (159899016). Dit dbc-zorgproduct is herkenbaar voor zorgverzekeraars en wordt vrijgesteld van eigen risico door zorgverzekeraars.

- Placentarestverwijdering na bevalling in ziekenhuis

Indien de patiënte in het ziekenhuis is bevallen, is hiervoor in de instelling een zorgtraject met een bevalling diagnose (diagnosecode B11 tot en met B41) geopend. Het initiële subtraject wordt gesloten op de 42e dag na ontslagdatum (conform reguliere afsluitregels). Wanneer de placentarestverwijdering meer dan 6 weken na de bevalling plaatsvindt, is het subtraject voor de bevalling al gesloten.

Binnen de productstructuur is een vervolgsubtraject bij diagnose B11 tot en met B41 niet mogelijk (een vervolgtraject zonder partus valt namelijk uit). We zien dat momenteel in deze situatie een traject met diagnosecode Cyclusstoornis (benigne- of geen afwijking, inclusief PM-bloedverlies) (G11) wordt geregistreerd, terwijl dit niet wenselijk is. Diagnosecode G11 is niet vrijgesteld van eigen risico, waardoor de patiënte een rekening ten laste van haar eigen risico ontvangt voor de zorg rondom de placentarest verwijdering.

- Miskraamrestverwijdering

In het geval van verwijdering na een miskraam wordt een traject met diagnose Abortus, EUG, hyperemesis gravidarum en andere pathologie behorend bij de eerste 16 weken graviditeit (Z12) geopend, wat afleidt naar het passende dbc-zorgproduct Abortus curettage | Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte (150101006). Z12 betreft een zwangerschapsdiagnose. In tegenstelling tot trajecten met een bevalling diagnose, is een vervolgsubtraject bij zwangerschapsdiagnosen wel mogelijk.

Voor het verwijderen van miskraamresten is, naast een curettage, een therapeutische hysteroscopie de standaardbehandeling. De therapeutische hysteroscopie is op dit moment echter niet opgenomen in de afleiding, waardoor dan niet wordt afgeleid naar het passende dbc-zorgproduct.

Doorgevoerde wijziging(en)

- Placentarestverwijdering na bevalling buiten instelling

In dit geval wordt afgeleid naar het passende zorgproduct 159899016. Dit dbc-zorgproduct is herkenbaar voor zorgverzekeraars en wordt vrijgesteld van eigen risico door zorgverzekeraars. Voor de situatie dat de patiënte buiten de instelling is bevallen, zijn daarom geen wijzigingen nodig.

- Placentarestverwijdering na bevalling in ziekenhuis

Complicaties, nacontrole en nazorg rondom de bevalling vallen in eerste instantie onder het al geopende partus-product (traject met B-diagnose). Alleen wanneer na de nacontrole in het ziekenhuis nog complicaties optreden en het partus-product al is gesloten (> 6 weken na bevalling), is registratie in een ander zorgtraject nodig. Diagnosecode K23 is hiervoor niet passend, aangezien deze is bedoeld voor patiënten die niet in een het ziekenhuis, maar elders zijn bevallen. Daarom is een nieuwe diagnosecode geïntroduceerd: Laat optredende postnatale complicaties na partus in het ziekenhuis (K24).

Diagnosecode K24 is specifiek bedoeld voor patiënten die voor een placentarestverwijdering bij hetzelfde ziekenhuis behandeld worden als waar zij bevallen zijn. In dit ziekenhuis is een zorgtraject met een bevalling diagnose voor deze patiënte geregistreerd dat al gesloten is. In dat geval mag een zorgtraject geopend worden met diagnosecode K24. Diagnose K24 en K23 leiden op dezelfde manier af naar het passende zorgproduct 159899016. De naam van het zorgproduct wordt gewijzigd in Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties | (Manuele) placentaverwijdering/ oper cervixscheur | Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl).

Hierbij moet geborgd worden dat K24 alleen geregistreerd mag worden als het partus-subtraject in de instelling al gesloten is. Wanneer het subtraject voor de partus (bevalling diagnoses) nog open staat worden complicaties en nazorg rondom de bevalling in dit lopende subtraject geregistreerd.

De combinaties van B-diagnosen met diagnose K24 zijn daarom opgenomen in de diagnose combinatie tabel (DCT). Ook de combinaties K23-K24, K24-K23 en K25-K24 zijn opgenomen in de DCT.

Omdat K23 ook niet met een B-diagnose kan voorkomen zijn de combinaties van B-diagnosen en K23 ook in de DCT opgenomen. De diagnosecode K24 is toegevoegd aan de Nadere Regel, artikel 5a, lid 8.

- Miskraamrestverwijdering

De zorgactiviteit Therapeutische hysteroscopie, kleine verrichtingen, zoals: conventionele poliepectomie, verwijdering van een intra-uterine device of een focale coagulatie (037170) is toegevoegd aan de afleiding naar het passende dbc-zorgproduct 150101006 (zie ook Bijlage 4: rapportage Uitvalreductie RZ19b).

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr.	RZ19a Omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 5a lid 8	Het specialisme gynaecologie onderscheidt drie fasen voor obstetrie: zwangerschap (Z11 t/m Z41), bevalling (B11 t/m B41) en kraambed (K23, K25). Het is niet toegestaan om tijdens één zwangerschap parallelle zorgtrajecten te registreren voor eenzelfde fase, met uitzondering van de fase voor kraambed indien zich een postnatale depressie (K25) voordoet na postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders inclusief nacontrole (K23). Bij een nieuwe zwangerschap mag een parallel zorgtraject worden geopend.	Het specialisme gynaecologie onderscheidt drie fasen voor obstetrie: zwangerschap (Z11 t/m Z41), bevalling (B11 t/m B41) en kraambed (K23 t/m K25). Het is niet toegestaan om tijdens één zwangerschap parallelle zorgtrajecten te registreren voor eenzelfde fase. Hierop geldt de uitzondering voor de fase van kraambed indien zich een postnatale depressie (K25) voordoet na postnatale complicaties (K23, K24). Het is niet toegestaan om naast de fase bevalling (B11 t/m B41) een parallel zorgtraject voor postnatale complicaties (K23, K24) te registreren. Bij een nieuwe zwangerschap mag een parallel zorgtraject worden geopend.	Diagnose K24 wordt toegevoegd binnen de fase kraambed. Diagnose K24 is geïntroduceerd om bij een placentarest-verwijdering die na 6 weken na bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt afleiding naar het passende zorgproduct mogelijk te maken.

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
150101006	(Abortus) curettage Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	Zwangerschapsonderbreking of weghalen miskraam bij problemen in de vroege zwangerschap	15B249		20150101	20181231	Beëindigd
150101006	(Abortus) curettage/ Therapeutische hysteroscopie Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	Zwangerschapsonderbreking of weghalen miskraam bij problemen in de vroege zwangerschap	15B249		20190101		Nieuwe omschrijvingen
159899008	Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders Dag/ Klin cumulatief kort Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de geboorte of nazorg na de bevalling	15B256		20160101	20181231	Beëindigd
159899008	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Dag/ Klin cumulatief kort Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij nazorg na de bevalling en/of complicaties na de geboorte	15B256		20190101		Nieuwe omschrijvingen

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
159899011	Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders Dag/ Klin cumulatief (zeer) lang Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Meer dan 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de geboorte of nazorg na de bevalling	15B259		20160101	20181231	Beëindigd
159899011	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Dag/ Klin cumulatief (zeer) lang Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Meer dan 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij nazorg na de bevalling en/of complicaties na de geboorte	15B259		20190101		Nieuwe omschrijvingen
159899012	Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders Dag/ Klin cumulatief middel Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	6 tot maximaal 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de geboorte of nazorg na de bevalling	15B260		20160101	20181231	Beëindigd
159899012	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Dag/ Klin cumulatief middel Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	6 tot maximaal 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij nazorg na de bevalling en/of complicaties na de geboorte	15B260		20190101		Nieuwe omschrijvingen
159899013	Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders Complexe fluxusbehandeling OK Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Behandeling van nabloeding bij complicaties na de geboorte of nazorg na de bevalling	15B261	17B261	20160101	20181231	Beëindigd
159899013	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Complexe fluxusbehandeling OK Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Behandeling van nabloeding bij complicaties na bevalling	15B261	17B261	20190101		Nieuwe omschrijvingen
159899015	Uitval intensieve/ invasieve therapie Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl				20160101	20181231	Beëindigd
159899015	Uitval intensieve/ invasieve therapie Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl				20190101		Nieuwe omschrijving
159899016	Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders (Manuele) placentaverwijdering/ oper cervixscheur Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	(Handmatig) verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals na bevalling elders	15B263		20160101	20181231	Beëindigd

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
159899016	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties (Manuele) placentaverwijdering/ oper cervixscheur Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	(Handmatig) verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals na bevalling	15B263		20190101		Nieuwe omschrijvingen
159899020	Postnatale complicaties en/of nazorg na partus elders Ambulant Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Polikliniekbezoek/ consultatie op afstand bij complicaties na de geboorte of nazorg na de bevalling	15E602		20180101	20181231	Beëindigd
159899020	Nazorg na partus elders en/of postnatale complicaties Ambulant Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	Polikliniekbezoek/ consultatie op afstand bij nazorg na de bevalling en/of complicaties na de geboorte	15E602		20190101		Nieuwe omschrijvingen

Wijziging(en) diagnose combinatie tabel

Specialisme-code	Diagnose_DBC1	Diagnose_DBC2	Indicatie	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0307	B11	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B11	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B12	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B12	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B13	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B13	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B14	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B14	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B15	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B15	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B16	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B16	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B17	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B17	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B18	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B18	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B19	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B19	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B20	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B20	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B21	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B21	K24	2	20190101		Nieuw
0307	B41	K23	2	20190101		Nieuw
0307	B41	K24	2	20190101		Nieuw
0307	K23	K24	2	20190101		Nieuw
0307	K24	K23	2	20190101		Nieuw
0307	K24	K24	2	20190101		Nieuw
0307	K25	K24	2	20190101		Nieuw

Wijziging(en) elektronische typeringslijst

Specialisme-code AGB	As-code	As-omschrijving	Component-code	Component-omschrijving KORT	Component-omschrijving LANG	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0307	3	diagnose	K24	Laat postn comp na part zh	Laat optredende postnatale complicaties na partus in het ziekenhuis	20190101		Nieuw

Wijziging(en) relatie diagnose zorgproductgroepen tabel

Specialisme-code AGB	Diagnose code	Zorgproductgroep code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0307	K24	159899	20190101		Nieuw

3.3.2 Zorgactiviteit toevoegen aan cluster 1.7, zorgproductgroep 990040 (uitvalreductie)

Referentienummer: 202619

Releaseproduct(en): N.v.t.

Specialisme(n): 0313 Inwendige geneeskunde, 0316 Kindergeneeskunde, 0322

Longgeneeskunde, 0330 Neurologie, 0335 Klinische Geriatrie, 0389 Anesthesiologie

Zorgproductgroep(en): 990040 Palliatieve zorg

Aanleiding en verzoek

Er ontstaat onbedoeld uitval in zorgproductgroep Palliatieve zorg (990040) als gevolg van een wijziging die is opgenomen in de RZ19a (wijzigingsverzoek 202291). De oorzaak is dat in het wijzigingsverzoek de zorgactiviteit Inbrengen centrale veneuze katheter of een navelkatheter bij pasgeborenen voor voeding of drukmeting (033698) is opgeheven. Er was overlap met zorgactiviteit Inbrengen centraal veneuze katheter (039603). Voor het inbrengen van een centraal veneuze katheter dient voortaan gebruik gemaakt te worden van zorgactiviteit 039603.

Het probleem doet zich nu voor dat bij zorgproductgroep 990040 een specifieke afleidregel bestaat. Hierdoor dreigt, bij registratie van een centraal veneuze katheter (zorgactiviteit 039603), in het kader van palliatieve zorg in dagbehandeling, een uitvalproduct te ontstaan.

Doorgevoerde wijziging(en)

Zorgactiviteit Inbrengen centraal veneuze katheter (039603) wordt toegevoegd aan cluster 1.7 in zorgproductgroep Palliatieve zorg (990040). Hierdoor wordt met de nieuwe registratie hetzelfde product afgeleid als voorheen, te weten Dag met middel-/ zware interventie | Palliatieve zorg (990040.005).

3.3.3 Declarabel zorgproduct CardioMEMS PA Monitoring

Referentienummer: 202632

Releaseproduct(en): ARGT, NR, TT, ZAT, ZP

Specialisme(n): 0320 Cardiologie

Zorgproductgroep(en): 982017 Voorwaardelijk toegelaten zorgprestaties

Aanleiding en verzoek

CardioMEMS PA Monitoring als behandeling voor patiënten met chronisch hartfalen NYHA (New York Heart Association) Klasse III komt mogelijk in aanmerking voor voorwaardelijke toelating (VT) in 2019.

Het Zorginstituut heeft daarom een verzoek ingediend om hier alvast passende registratie-en declaratiemogelijkheden voor aan te maken in de dbc-systematiek.

Het gaat om een behandeling die bestaat uit:

1) *Plaatsing sensor*

Met behulp van een katheterisatie via de vena femoralis wordt bij de patiënt een sensor (micro elektromechanisch systeem, MEMS) geplaatst, waarmee de druk in de arteria pulmonalis (PA) op afstand kan worden gemeten.

2) *Monitoring*

De patiënt krijgt een soort kussen met antenne mee naar huis, waar hij/zij dagelijks een meting mee uit kan voeren door erop te gaan liggen. Via dit kussen wordt data met drukgegevens automatisch naar een specifieke website verzonden, die het hartfalenteam van het ziekenhuis vervolgens kan monitoren.

Het hartfalenteam van het ziekenhuis kan de patiënt zo op afstand monitoren en met dit systeem ook in een vroeger stadium signalen ontvangen die op hartfalen duiden. Eerder onderzoek heeft laten zien dat vullingsdrukken al 2 - 3 weken verhoogd zijn voordat de patiënt zelf klachten ervaart.

De cardioloog krijgt met dit systeem notificaties bij drukken buiten de ingestelde grenswaarden, en kan op grond hiervan een patiënt behandelen om hiermee in een vroeg stadium een toename van ziektesymptomen te voorkomen. Bijvoorbeeld bij een drukstijging de medicatie aan te passen.

NB: Het is nog niet zeker of deze registratie- en declaratiecodes ook in gebruik genomen kunnen worden. Zoals hierboven aangegeven komt deze behandeling mogelijk per 2019 in aanmerking voor voorwaardelijke toelating. Of deze zorg daadwerkelijk voorwaardelijk wordt toegelaten is op dit moment nog niet bekend. Alle projecten die voorwaardelijk zijn toegelaten worden gepubliceerd op de website van Zorginstituut Nederland. Voor updates zie:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/voorwaardelijke-toegelaten-zorg>

Doorgevoerde wijziging(en)

Voor registratie en declaratie van deze behandeling zijn de volgende aanpassingen doorgevoerd:

- 1) Voor de plaatsing van de sensor is een nieuwe zorgactiviteit aangemaakt (specifiek voor deze studie), op basis waarvan ook een eigen zorgproduct wordt afgeleid in de zorgproductgroep voor voorwaardelijk toegelaten zorg.

- 2) Voor de monitoring is ook een nieuwe zorgactiviteit aangemaakt (specifiek voor deze studie) voor registratiedoeleinden (deze code lift mee in de profielen). Voor deze fase van de behandeling is geen VT-specifiek zorgproduct geïntroduceerd. De hiervoor geleverde zorg (telemonitoring, inzet hartfalenteam, consultaties cardioloog, kosten voor gebruik CardioMEMS kussen, software, e.d.) kan via de reguliere zorgproducten uit de productstructuur in rekening gebracht worden.

NB: Voor de monitoring is voor deze oplossingsrichting gekozen, omdat het niet mogelijk is om unieke VT-producten te garanderen binnen het geldende registratieregime binnen de cardiologie met seriële subtrajecten.

Bij deze patiëntengroep bestaat een reële kans dat er naast deze studie ook nog andere zorg geleverd gaat worden, maar hiervoor kunnen dan geen parallelle zorg- en subtrajecten worden geopend. Om voor de totale geleverde zorg toch de best hierbij passende producten af te leiden is uiteindelijk voor deze richting gekozen.

De VT-patiënten zijn in deze fase wel apart herkenbaar door de VT-specifieke telemonitoring code die binnen de profielen vastgelegd wordt en die ook op de nota wordt getoond. Het gaat hier om zorg in het vrije segment waarvoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf passende prijsafspraken kunnen maken. Zie ook extra toelichtingen hieronder.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Voor de nieuwe VT-specifieke zorgactiviteit voor telemonitoring (032716) gelden dezelfde registratievoorwaarden als voor de bestaande zorgactiviteitcode voor telemonitoring (039133), namelijk:

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt over een langere periode in het kader van een uit te voeren behandelplan. Monitoring vindt plaats door het verzamelen en interpreteren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstrekt aan de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal één keer per subtraject geregistreerd.

Art.nr.	RZ19a omschrijving	RZ19b omschrijving	Toelichting
NR artikel 24 lid 60	Telemonitoring (039133) Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt over een langere periode in het kader van een uit te voeren behandelplan. De monitoring vindt plaats door het verzamelen en interpreteren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstrekt aan de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal een keer per subtraject geregistreerd.	Telemonitoring (039133, 032716) Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt over een langere periode in het kader van een uit te voeren behandelplan. De monitoring vindt plaats door het verzamelen en interpreteren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstrekt aan de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal een keer per subtraject geregistreerd.	De nieuwe zorgactiviteitcode wordt toegevoegd aan het desbetreffende artikel in de regelgeving.

Wijziging(en) zorgproductstructuur

In de zorgproductgroep voor voorwaardelijk toegelaten zorg (982017) is een nieuw zorgproduct bijgemaakt voor de implantatiefase. De topboom specificaties zijn zo aangepast dat subtrajecten met de nieuwe VT-specifieke ingreepcode erin naar de beslisboom voor voorwaardelijk toegelaten zorg afleiden, en binnen deze beslisboom ook naar dit studie-specifieke zorgproduct.

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
982017024	CardioMEMS-studie: Implantatie intra-arteriële pulmonalis drukmeter Voorwaardelijk toegelaten zorg	Inbrengen van een drukmeter in de longslagader (deelname CardioMEMS-studie)	15E890		20190101		Nieuw

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Voor de implantatie van de sensor en voor telemonitoring zijn studie-specifieke codes aangemaakt.

NB: om inhoudelijke overlap te voorkomen met gerelateerde zorgactiviteiten is de omschrijving van een tweetal bestaande zorgactiviteiten (039829 en 039133) aangepast.

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
032715	Implantatie van intra-arteriële pulmonalis drukmeter i.h.k.v. CardioMEMS studie, inclusief materialen.	Inbrengen van een drukmeter in de longslagader bij CardioMEMS studie, inclusief materialen.	5	J	20190101		Nieuw
032716	Telemonitoring intra-arteriële pulmonalis druk i.h.k.v. CardioMEMS studie.	Toezicht houden op afstand op de bloeddruk in de longslagader bij CardioMEMS studie.	4	J	20190101		Nieuw
039133	Telemonitoring.	Toezicht houden op afstand van diverse lichaamsfuncties met behulp van controleapparaten.	4	J	20140601	20181231	Oude omschrijving
039133	Telemonitoring (exclusief i.h.k.v. CardioMEMS studie, zie 032716).	Toezicht houden op afstand van diverse lichaamsfuncties met behulp van controleapparaten.	4	J	20190101		Nieuwe omschrijving
039829	Intra-arteriële bloeddrukmeting.	Metten van de bloeddruk in een slagader door een katheter met een drukmeter in die slagader te brengen.	4	J	20140601	20181231	Oude omschrijving
039829	Bloeddrukmeting door tijdelijk inbrengen intra-arteriële drukmeter.	Metten van de bloeddruk in een slagader door tijdelijk een katheter met een drukmeter in die slagader te brengen.	4	J	20190101		Nieuwe omschrijving

Wijziging(en) afsluitregels tabel

Afsluit-regels-code	Afsluitregel-omschrijving	Groep-nummer	Compo-nenttype	Compo-nentcode	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	ZA	032715	20180901		Nieuw

Wijziging(en) tarieven tabel

Het nieuwe zorgproduct is ook opgenomen in de tarieven tabel, met een vrij tarief.

AGB specialisme	AGB uitvoerder	Declaratie-code	Kosten-soort	Tarief-type	Max-tarief (in euro's)	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
0000	0000	15E890	02	6		20190101		Nieuw

Extra achtergrondinformatie voor zorgverzekeraars en deelnemende ziekenhuizen

Hier volgt extra informatie voor zorgverzekeraars en deelnemende ziekenhuizen om tot passende prijs-/budgetafspraken te komen voor de monitoringfase. De volgende aspecten komen aan bod:

- Inhoud VT-budget
- Zorgproducten bevatten naast VT-zorg ook reguliere zorg
- Aandeel VT-zorg tijdens monitoringfase in zorgprofielen
- Relatie met productafleiding
- Kenmerk voor deelname aan VT-studie en monitoringfase

Inhoud VT-budget

Als deze behandeling daadwerkelijk in aanmerking komt voor voorwaardelijke toelating, dan wordt in het VT-budget voor deze studie ook een bedrag gereserveerd voor de monitoringfase.

Zorgproducten bevatten naast VT-zorg ook reguliere zorg

Voor het monitoringsdeel worden reguliere zorgproducten gedeclareerd in plaats van VT-specifieke zorgproducten.

Het ligt in de lijn der verwachting dat deze reguliere zorgproducten naast VT-zorg ook nog reguliere zorg omvatten. Het is helaas niet mogelijk om de VT-zorg hier volledig af te bakenen van de reguliere zorg in de declaraties. Hieronder staat een beschrijving van het verwachte VT-aandeel. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over de verrekening van de kosten hiervoor.

Aandeel VT-zorg tijdens monitoringfase in zorgprofielen

Het gaat om patiënten met chronisch hartfalen (diagnosecode 0320_302). Na het plaatsen van de sensor worden dan additionele kosten gemaakt in de monitoringfase. Hieronder staat een eerste schets, waarin ook wordt weergegeven voor welke kostencomponenten landelijke zorgactiviteitcodes geregistreerd worden.

Aandeel monitoring VT-studie in zorgprofiel (gemiddeld per 120 dagen)²

Activiteiten/ materialen	Zorgactiviteitcode beschikbaar?	Aantal (gemiddeld)
Telemonitoring	Ja, VT-studie specifieke code	Minimaal 1x per subtraject
Belconsult	Ja, reguliere code (ZPK1)	5,7
Polikliniekbezoek	Ja, reguliere codes (ZPK1)	0,75
Labbepaling	Ja, reguliere codes	2
Patiënt unit (kussen), gebruik software	Nee	Minimaal 1x per patiënt
Inzet cardioloog ter ondersteuning / overleg met hartfalen verpleegkundige	Nee	

Relatie met productafleiding

Op basis van een subtraject met diagnosecode 0320_302 en bovengenoemde zorgprofiel wordt het volgende zorgproduct afgeleid (omdat er meer dan twee zorgactiviteitcodes uit zorgprofielklasse 1 bij zitten):

Zp-code	Zorgproduct Latijnse omschrijving
99899045	Cardiologie Chronisch hartfalen Ambulant middel Hart/Vaat reumatisch en overig

De profielsamenstelling van dit zorgproduct kan in de praktijk anders uitpakken wanneer patiënten veel klachten hebben en vaker gezien moeten worden.

Voor de VT-patiëntengroep kunnen ook andere zorgproducten worden afgeleid. Als een patiënt tegelijkertijd ook met andere klachten komt (bijvoorbeeld hartritmestoornissen) dan zal dit de registratie en declaratie beïnvloeden (gezien het geldende registratieregime binnen de cardiologie met seriële trajecten): er kan dan ook een andere diagnosecode worden vastgelegd, met een anders uitziende profielinhoud, waarvoor andere zorgproducten wordt afgeleid.

Kenmerk voor deelname aan VT-studie en monitoringsfase

Bij alle declaraties is zichtbaar dat de betreffende patiënt meedoet aan de VT-studie: aan de VT-specifieke code voor telemonitoring die in het profiel is vastgelegd en die op de nota wordt getoond. Het is hiervoor van belang dat de deelnemende centra deze zorgactiviteitcode Telemonitoring intra-arteriële pulmonalis druk i.h.k.v. CardioMEMS studie (032716) goed registreren.

² De projectleider voor de VT-studie geeft aan dat de huidige zorg voor NYHA III patiënten nu nog niet zo wordt uitgeoefend, en dat het protocol kan wijzigen. Op het moment dat ze de convenantfase ingaan, kunnen ze een extra toelichting geven langs welk model gewerkt wordt. Het onderstaande geschatte profiel kan dus nog wijzigen.

3.4 Overige zorgproducten

Deze paragraaf beschrijft wijzigingen in overige zorgproducten.

3.4.1 Aanpassen tarief-type overig zorgproduct 089879

Referentienummer: 202577

Releaseproduct(en): TT

Specialisme(n): 0362 Radiologie

Aanleiding en verzoek

De NZa heeft vragen ontvangen van zorgaanbieders over het declareren van overig zorgproduct Beoordeling radiologisch onderzoek voor derden (089879) door radiologen. Dit overig zorgproduct heeft tarief-type 11 (overig zorgproduct medisch-specialistische behandeling en diagnostiek). De registratie en declaratie van overige zorgproducten met tarief-type 11, vindt plaats met een zorgtype 41 traject. Overige zorgproducten met tarief-type 11 zijn aangevraagd door de eerste lijn óf door een specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt én waarvan de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert. Omdat radiologen geen beroepsbeoefenaars zijn die de poortfunctie uitvoeren (met uitzondering van interventieradiologie) kunnen zij geen eerstelijns aanvragen met een zorgtype 41 traject registreren of declareren.

Doorgevoerde wijziging(en)

Om het voor radiologen toch mogelijk te maken dit overige zorgproduct te declareren wordt het tarief-type gewijzigd van tarief-type 11 in tarief-type 20 (overig zorgproduct eerstelijnsdiagnostiek). Hiermee brengen we het tarief-type voor deze overige zorgproducten in lijn met overige diagnostische zorgproducten voor radiologie. Voor overige zorgproducten met tarief-type 20 geldt dat deze aangevraagd zijn door de eerste lijn of een specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt, én de uitvoerder een ondersteunend specialisme is. Met ingang van 01-01-2019 heeft dit overige zorgproduct daarom tarief-type 20 en kan deze door de radiologen als overig zorgproduct gedeclareerd worden. Er is geen afleiding via een grouper.

Wijziging(en) tarieven tabel

AGB specialisme	AGB uitvoerder	Declaratie-code	Kosten-soort	Tarief-type	Max-tarief (in euro's)	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
0000	0000	089879	02	20	95,99	20190101		Gewijzigd (tarief-type)

3.4.2 Toevoegen ordertarief beeldvormende diagnostiek

Referentienummer: 202643

Releaseproduct(en): NR, TT, ZAT

Specialisme(n): 0362 Radiologie

Aanleiding en verzoek

De afgelopen tijd hebben we, naar aanleiding van de CBb-uitspraak over beeldvormende diagnostiek eind vorig jaar, uitgebreid aanvullend onderzoek gedaan naar de kostprijzen die de basis vormen voor de tarieven beeldvormende diagnostiek.

We hebben onder andere geconstateerd dat zorginstellingen de afdelingskosten (van de afdeling Radiologie) vrijwel allemaal voldoende nauwkeurig toerekenen. Uit het onderzoek blijkt wel dat eerstelijnscentra substantieel hogere kosten binnen de kostencategorie overige personeelskosten aanleveren dan de ziekenhuizen.

We constateren ook dat het overgrote deel van de ziekenhuizen in het berekenen van hun kostprijzen geen onderscheid maakt tussen zorgactiviteiten en overige zorgproducten (ozp's). Ter illustratie: door een ziekenhuis worden aan een zorgactiviteit MRI evenveel kosten toegerekend als aan de ozp MRI. Een zorgactiviteit wordt altijd als onderdeel van de dbc samen met andere zorgactiviteiten gedeclareerd, terwijl bij het uitvoeren van een ozp enkel en alleen het overige zorgproduct kan worden gedeclareerd. Specifieke kosten van administratieve aard die over de gehele dbc uitgesmeerd worden, worden hierdoor onvoldoende nauwkeurig aan de ozp's toegerekend.

Doorgevoerde wijziging(en)

Tijdelijke oplossing RZ19b

Wij achten het zorgvuldig om voor de minder nauwkeurige toerekening van de kosten van meer administratieve aard op korte termijn een (tijdelijke) oplossing te bieden. We hebben hiervoor binnen de categorie ozp's 'eerstelijnsdiagnostiek' een tweetal ozp's 'Ordertarief beeldvormende diagnostiek' geïntroduceerd. Reden hiervoor is dat zorginstellingen, die zich vooral toeleggen op het leveren van ozp's, hun administratieve kosten mogelijk onvoldoende kunnen dekken uit de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Indien het beeldvormend onderzoek deel uitmaakt van de dbc, mag het ordertarief niet in rekening worden gebracht, maar uitsluitend geregistreerd worden binnen het profiel van een dbc-zorgproduct. Door een ordertarief vast te stellen ter dekking van deze administratieve kosten, doet de NZa recht aan de verschillende financieringsstructuren van de diverse soorten zorginstellingen.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen een ordertarief röntgen (080002) enerzijds en een ordertarief voor MRI-onderzoeken (080003) anderzijds.

Reden hiervoor is dat het ordertarief MRI vanwege de extra werkzaamheden rondom contra-indicaties en voorlichting meer kosten met zich mee brengt en daarom wordt voorzien van een andere aparte prestatie met bijbehorend maximumtarief.

Het betreffen de volgende prestaties en maximumtarieven:

- 080002 Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen - € 11,99
Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van röntgen onderzoek op verzoek van de eerste lijn. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd.
- 080003 Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI - € 18,31
Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van een MRI-onderzoek op verzoek van de eerste lijn. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd.

Omdat deze ozp's niet eerder zijn vastgesteld, heeft de NZa geen beschikking over historische kosten om tot maximumtarieven te komen. Om die reden hebben wij de NZa experttarieven vastgesteld.

Het is uiteindelijk aan de zorgaanbieder en zorgverzekeraars om in de onderhandeling af te spreken welke hoogte van het ordertarief passend is in de betreffende situatie.

Deze oplossing geldt voor twee jaar. Voor de RZ21a wordt gekeken naar een structurele oplossing.

Wijziging(en) regelgeving Nadere regel

Art.nr. oud	RZ19a Omschrijving	Art.nr. nieuw	RZ19b omschrijving	Toelichting
-	-	NR Artikel 27 lid 1 sub a	<p>Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen (080003) Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van röntgen onderzoek op verzoek van de eerste lijn. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd.</p> <p>Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI (080002) Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van een MRI-onderzoek op verzoek van de eerste lijn. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd.</p>	In de RZ19b worden twee ordertarieven voor beeldvormende diagnostiek (röntgen en MRI) toegevoegd aan de producten van de medisch specialistische zorg. De omschrijvingen en declaratiebepalingen worden daarom aan de regelgeving toegevoegd.
-	-	NR artikel 34b, lid 13	Het 'Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen' (080002) kan alleen gedeclareerd worden als overig zorgproduct bij de volgende radiologische (röntgen) onderzoeken: 080001, 080040, 080057, 081002, 082002, 082202, 082211, 082402, 082502, 082505, 082602, 082711, 083002, 083102, 083202, 083302, 083402, 084002, 084025, 084202, 084213, 084402, 084413, 084602, 084613, 084730, 085002, 085320, 085420, 085720, 086011, 086202, 086802, 086902, 086941, 087002, 087111, 087211, 087411, 087511, 087913, 088012, 088311, 088425, 088511, 088920, 089002, 089020, 089025, 089125, 089202, 089213, 089302, 089402, 089413 en 089602. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd. Wanneer een aanvraag van de eerste lijn zowel een röntgen als een MRI onderzoek bevat, dan mag slechts eenmaal een ordertarief worden gedeclareerd.	In de RZ19b worden twee ordertarieven voor beeldvormende diagnostiek (röntgen en MRI) toegevoegd aan de producten van de medisch specialistische zorg. De omschrijvingen en declaratiebepalingen worden daarom aan de regelgeving toegevoegd.
-	-	NR Artikel 34b lid 14	Het 'Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI' (080003) kan alleen gedeclareerd worden als overig zorgproduct bij de volgende MRI onderzoeken: 080097, 081089, 081092, 081093, 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085091, 085093, 085190, 085191, 087091, 087092, 087096, 087097, 088090, 089090. Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd. Wanneer een aanvraag van de eerste lijn zowel een röntgen als een MRI onderzoek bevat, dan mag slechts eenmaal een ordertarief worden gedeclareerd.	In de RZ19b worden twee ordertarieven voor beeldvormende diagnostiek (röntgen en MRI) toegevoegd aan de producten van de medisch specialistische zorg. De omschrijvingen en declaratiebepalingen worden daarom aan de regelgeving toegevoegd.
-	-	NR Toelichting bij artikel 34b lid 13 en 14	Een aanvraag van de eerste lijn kan ook meerdere (type) onderzoeken bevatten. In dat geval mag slechts éénmaal een ordertarief worden vastgelegd en gedeclareerd. Ter illustratie: Situatie A: de huisarts vraagt twee MRI scans aan; Situatie B: de huisarts vraagt een MRI en een Röntgen scan aan; in beide situaties mag éénmaal een ordertarief worden vastgelegd en gedeclareerd.	In de RZ19b worden twee ordertarieven voor beeldvormende diagnostiek (röntgen en MRI) toegevoegd aan de producten van de medisch specialistische zorg. De omschrijvingen en declaratiebepalingen worden daarom aan de regelgeving toegevoegd.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
080002	Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen.	Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen.	99		20190101		Nieuw
080003	Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI.	Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI.	99		20190101		Nieuw

Wijziging(en) tarieven tabel

AGB specialisme	AGB uitvoerder	Declaratie-code	Kostensoort	Tarief-type	Max-tarief (in euro's)	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0000	0000	080002	02	20	11,99	20190101		Nieuw
0000	0000	080003	02	20	18,31	20190101		Nieuw

3.5 Aanspraak

Deze paragraaf beschrijft wijzigingen in aanspraakcodering van bestaande zorgactiviteiten.

3.5.1 Toekennen aanspraakcode 2601 aan zorgactiviteit Percutane geïsoleerde leverperfusie met extracorporale infiltratie (035283)

Referentienummer: 202623

Releaseproduct(en): ZAT

Specialisme(n): 0313 Inwendige geneeskunde, 0318 Gastro-enterologie (MDL)

Zorgproductgroep(en): 029199 Nieuwvormingen – Maligne neoplasmata spijsverteringsstelsel (wd)

Aanleiding en verzoek

Het Zorginstituut is momenteel bezig met een beoordeling over het toepassen van percutane leverperfusie bij leverdominante, niet-resectabele levermetastasen van het uveamelanoom. Vooruitlopend op dit standpunt vraagt het Zorginstituut een oranje aanspraakcode (= 2601) aan voor zorgactiviteit Percutane geïsoleerde leverperfusie met extracorporale filtratie (035283).

Doorgevoerde wijziging(en)

Toekennen van aanspraakcode Onder voorwaarde verzekerde zorg (2601) aan zorgactiviteit Percutane geïsoleerde leverperfusie met extracorporale filtratie (035283).

Aanspraakcodes verduidelijken beperkingen of uitsluitingen van de aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet. Aanspraakcodes zijn te vinden in het document 'Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw' op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl). Hierin staan ook verwijzingen naar de hiervoor relevante standpunten en wet- en regelgeving.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Aanspraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
035283	Percutane geïsoleerde leverperfusie met extracorporale filtratie.	Spoelen van de lever met wegfilteren van de spoelvloeistof buiten het lichaam.	6	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)

3.5.2 Toekennen aanspraakcode 2601 aan zorgactiviteiten stepped care tinnitus

Referentienummer: 202625

Releaseproduct(en): ZAT, ZP, TT

Specialisme(n): 1900 Audiologie

Zorgproductgroep(en): 991900 Audiologie

Aanleiding en verzoek

Het Zorginstituut concludeert dat de trapsgewijze tinnitus specifieke cognitieve gedragstherapie bij patiënten met tinnitus, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Ook de cognitieve gedragstherapie zelf, als behandeling van chronische tinnitus, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Uit het gegeven dat bij een trapsgewijze tinnitus specifieke behandeling voor een deel van de patiënten die eerste stap voldoende is, en de tweede stap alleen aan de orde is indien de eerste stap niet tot het juiste resultaat heeft geleid, volgt dat de cognitieve gedragstherapie niet voor iedere patiënt aangewezen is.

Doorgevoerde wijziging(en)

Trapsgewijze tinnitus specifieke cognitieve gedragstherapie bij patiënten met tinnitus (stepped care tinnitus) in audiologische centra kan vanaf 01-01-2019 gedeclareerd worden met onderstaande zorgactiviteiten. Aan deze zorgactiviteiten is aanspraakcode 2601 - onder voorwaarde verzekerde zorg toegekend:

- Psycho-educatieve sessie stepped care tinnitus behandeling - audiologisch centrum (190790)
- Individuele behandeling stepped care tinnitus door een psychomotorisch therapeut of fysiotherapeut - audiologisch centrum (190791)
- Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een psychomotorisch therapeut - audiologisch centrum (190792)
- Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een fysiotherapeut - audiologisch centrum (190793)
- Individuele behandeling stepped care tinnitus door een psycholoog of gedragstherapeut - audiologisch centrum (190794)
- Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een psycholoog of gedragstherapeut - audiologisch centrum (190795)
- Individuele behandeling stepped care tinnitus door maatschappelijk werk - audiologisch centrum (190796)
- Groepsbehandeling stepped care tinnitus door maatschappelijk werk - audiologisch centrum (190797)
- Individuele behandeling stepped care tinnitus door een audioloog - audiologisch centrum (190798)
- Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een audioloog - audiologisch centrum (190799)

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Aanspraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
190790	Psycho-educatieve sessie stepped care tinnitus behandeling - audiologisch centrum.	Het houden van een voorlichtingsbijeenkomst over de stepped care tinnitus behandeling - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190791	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een psychomotorisch therapeut of fysiotherapeut - audiologisch centrum.	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een psychomotorisch therapeut of fysiotherapeut - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Aanspraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
190792	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een psychomotorisch therapeut - audiologisch centrum.	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een psychomotorisch therapeut - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190793	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een fysiotherapeut - audiologisch centrum.	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een fysiotherapeut - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190794	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een psycholoog of gedragstherapeut - audiologisch centrum.	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een psycholoog of gedragstherapeut - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190795	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een psycholoog of gedragstherapeut - audiologisch centrum.	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een psycholoog of gedragstherapeut - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190796	Individuele behandeling stepped care tinnitus door maatschappelijk werk - audiologisch centrum.	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een maatschappelijk werker - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190797	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door maatschappelijk werk - audiologisch centrum.	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een maatschappelijk werker - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190798	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een audioloog - audiologisch centrum.	Individuele behandeling stepped care tinnitus door een audioloog - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)
190799	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een audioloog - audiologisch centrum.	Groepsbehandeling stepped care tinnitus door een audioloog - uitgevoerd in een audiologisch centrum.	12	j	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
991900004	Spraak/ taal Precies 4 domeinen/ AP 204 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 4 domeinen bij een stoornis in spraak/ taal	15B876	17B876	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900006	Spraak/ taal Precies 3 domeinen / AP 203 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 3 domeinen bij een stoornis in spraak/ taal	15B878	17B878	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900008	Spraak/ taal Precies 2 domeinen/ AP 202 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 2 domeinen bij een stoornis in spraak/ taal	15B880	17B880	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900011	Spraak/ taal Precies 1 domein/ AP 201 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 1 domein bij een stoornis in spraak/ taal	15D354	17D354	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900014	Spraak/ taal Meer dan 8 uur/ AP 204 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling van meer dan 8 uur bij een stoornis in spraak/ taal	15B876	17B876	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900016	Spraak/ taal Meer dan 3 uur/ AP 203 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling van 3 tot 8 uur bij een stoornis in spraak/ taal	15B878	17B878	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900018	Spraak/ taal Meer dan 1 uur/ AP 202 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling van 1 tot 3 uur bij een stoornis in spraak/ taal	15B880	17B880	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900020	Horen/ rest Meer dan 8 uur/ AP 104 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling van meer dan 8 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15B877	17B877	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900021	Horen/ rest Meer dan 3 domeinen/ AP 104 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen meer dan 3 domeinen bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15B877	17B877	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900022	Horen/ rest Meer dan 3 uur/ AP 103 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling van 3 tot 8 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15B879	17B879	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verz. zorg	Decl. code onverz. zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
991900023	Horen/ rest Precies 3 domeinen / AP 103 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 3 domeinen bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15B879	17B879	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900024	Horen/ rest Precies 2 domeinen/ AP 102 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 2 domeinen bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15B881	17B881	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900025	Horen/ rest Meer dan 1 uur/ AP 102 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling van 1 tot 3 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15B881	17B881	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)
991900026	Horen/ rest Precies 1 domein/ AP 101 Audiologie	Onderzoek en/of behandeling binnen 1 domein bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis	15E889	17E889	20190101		Gewijzigd (Declaratiecode onverzekerde zorg toegevoegd)

Wijziging(en) tarieven tabel

AGB specialisme	AGB uitvoerder	Declaratie-code	Kosten-soort	Tarief-type	Max-tarief (in euro's)	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0000	0000	17B876	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17B877	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17B878	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17B879	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17B880	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17B881	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17D354	02	8		20190101		Nieuw
0000	0000	17E889	02	8		20190101		Nieuw

Aanspraakcodes verduidelijken beperkingen of uitsluitingen van de aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet.

Aanspraakcodes zijn te vinden in het document 'Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw' op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl).

Hierin staan ook verwijzingen naar de hiervoor relevante standpunten en wet- en regelgeving.

3.5.3 Toekennen aanspraakcode 2601, onder voorwaarde verzekerde zorg, aan zorgactiviteit IRE-ablatie (nanoknife) (080062)

Referentienummer: 202631

Releaseproduct(en): ZAT

Specialisme(n): Meerdere

Zorgproductgroep(en): 020109 Nieuwvormingen – Maligne neoplasmata mannelijke geslachtsorganen, prostaat en kiemcellumoren, 020110 Nieuwvormingen – Maligne neoplasmata nier/urinerwegen, 029099 Nieuwvormingen – Maligne neoplasmata ademhalingsstelsel/intrahoracale organen (incl metastasen, 029199 Nieuwvormingen – Maligne neoplasmata spijsverteringsstelsel (wd), 990062 Radiologie

Aanleiding en verzoek

Het Zorginstituut heeft gevraagd om aan zorgactiviteit IRE-ablatie (nanoknife) (080062) aanspraakcode 2601 toe te kennen. Het Zorginstituut heeft namelijk geconcludeerd dat irreversibele elektroporatie (IRE) bij prostaatcarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Doorgevoerde wijziging(en)

Aan zorgactiviteit IRE-ablatie (nanoknife) (080062) is aanspraakcode Onder voorwaarde verzekerde zorg (2601) toegekend.

Aanspraakcodes verduidelijken beperkingen of uitsluitingen van de aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet. Aanspraakcodes zijn te vinden in het document 'Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw' op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl). Hierin staan ook verwijzingen naar de hiervoor relevante standpunten en wet- en regelgeving.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Omschrijving	Consumenten-omschrijving	Zpk	Op nota	Aanspraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
080062	IRE-ablatie (nanoknife).	Verwijderen van een aandoening door achter elkaar veel korte elektrische stroomstoten af te geven.	5	J	2601	20190101		Gewijzigd (aanspraakcode toegevoegd)

Bijlage 1: overzicht Wijzigingen in releaseproducten

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de referentienummers van alle wijzigingsverzoeken voor de release RZ19b. In de tabel is met een kruisje aangegeven of de wijziging wel of geen impact heeft op releaseproducten in deze release per 1 januari 2019. Vervolgens kunt u achtergrondinformatie over deze wijziging(en) opzoeken in dit document.

Staat er een kruisje in de kolom 'geen impact op releaseproducten', dan heeft de wijziging geen effect op de in deze tabel genoemde releaseproducten. Mogelijk is wel de afleiding binnen de productstructuur gewijzigd (bijvoorbeeld bij uitvalreductie).

Wijzigingen in releaseproducten

Referentie-nummer wijzigingsverzoek	Para-graaf	Geen impact op release-producten	Wel impact op releaseproducten																		
			ACT	ARDT	ARGT	BR	DCT	ETL	HOR	LLM	NR	RA	RDZT	TB	TT	VT	WBMV	WTT	ZAT	ZP	ZPG
202295	2.2										X										
202577	3.4.1													X							
202590	2.1			X	X	X		X			X	X		X					X	X	
202601	3.3.1							X	X		X		X							X	
202619	3.3.2	X																			
202622	3.1.1										X										
202623	3.5.1																		X		
202625	3.5.2													X					X	X	
202627	3.2.1																		X		
202631	3.5.3																		X		
202632	3.3				X						X			X					X	X	
202643	3.4.2										X			X					X		
202680	3.1.2										X										
202686	3.1.3					X					X										
202688	3.1.4					X					X										
202690	3.1.5										X										
202692	3.1.6										X										

Bijlage 2: tabel Wijzigingen per specialisme

In de tabel Wijzigingen per specialisme tabel vindt u een indicatie van de specialismen die per wijzigingsverzoek worden geraakt in deze release. Bent u medisch specialist of werkt u voor een of meerdere specialismen? Dan krijgt u met deze tabel in een oogopslag een beeld van de voor u relevante referentienummers in dit document. In hoofdstuk 2 en 3 kunt u op basis van het referentienummer zoeken naar de achtergrond en detailinformatie van de wijziging.

Als u zoekt naar een specifiek specialisme, is het aan te raden om ook naar de term 'Meerdere' te zoeken. Bij wijzigingsverzoeken die meerdere specialismen raken is deze term gebruikt. Hieronder geven we een overzicht van de specialismecodes en de bijbehorende omschrijving.

NB: wij benadrukken dat deze tabel een hulpmiddel is om u op weg te helpen bij de implementatie van de release. Wij kunnen niet garanderen dat dit overzicht voor alle praktijksituaties volledig en juist is.

Specialismecode en –omschrijving

Code	Omschrijving	Code	Omschrijving	Code	Omschrijving	Code	Omschrijving
0301	Oogheekunde	0316	Kindergeneeskunde Algemeen / Neonatologie	0335	Klinische Geriatrie	1900	Audiologie
0302	KNO	0318	MDL (Maag-, Darm-, en Leverziekten)	0361	Radiotherapie	8418	Geriatrische revalidatiezorg
0303	Heelkunde	0320	Cardiologie	0362	Radiologie		
0304	Plastische Chirurgie	0322	Longgeneeskunde	0363	Nucleaire geneeskunde		
0305	Orthopedie	0324	Reumatologie	0386	Klinische chemie		
0306	Urologie	0326	Allergologie	0387	Medische microbiologie		
0307	Gynaecologie	0327	Revalidatiegeneeskunde	0388	Pathologie		
0308	Neurochirurgie	0328	Cardiopulmonale Chirurgie	0389	Anesthesiologie		
0310	Dermatologie	0329	Consultatieve Psychiatrie	0390	Klinische Genetica		
0313	Inwendige Geneeskunde	0330	Neurologie	1100	Kaakchirurgie		

Tabel Wijzigingen per specialisme

Referentie- nummer wijzigings- verzoek	Paragraaf	N.v.t.	Meerdere	0301	0302	0303	0304	0305	0306	0307	0308	0310	0313	0316	0318	0320	0322	0324	0326	0327	0328	0329	0330	0335	0361	0362	0363	0386	0387	0388	0389	0390	1100	1900	8418			
202295	2.2		X																																			
202577	3.4.1																								X													
202590	2.1																							X														
202601	3.3.1								X																													
202619	3.3.2											X	X			X						X	X							X								
202622	3.1.1													X																								
202623	3.5.1												X		X																							
202625	3.5.2																																	X				
202627	3.2.1					X						X																										
202631	3.5.3	X																																				
202632	3.3.3															X																						
202643	3.4.2																									X												
202680	3.1.2																								X													
202686	3.1.3																								X	X	X	X	X	X								
202688	3.1.4	X																																				
202690	3.1.5		X																																			
202692	3.1.6																																		X			

Bijlage 3: rapportage Uitvalreductie RZ19b

In deze bijlage vindt u de rapportage van uitvalreductie. Hieronder lichten we eerst het overzicht kort toe, daarna vindt u de rapportage in tabelvorm. De rapportage Uitvalreductie RZ19b is enkel van toepassing op subtrajecten met startdatum 1 januari 2019.

Doel van het overzicht

Op verzoek van het veld publiceren we de uitvalreductiewijzigingen in een overzichtelijk schema. Het komt voor dat trajecten die naar de grouper worden gestuurd uitvallen, maar medisch inhoudelijk wel lijken te kloppen. Door middel van uitvalreductie bieden wij hiervoor een oplossing. De rapportage uitvalreductie biedt u inzicht in de wijzigingen die zijn doorgevoerd in deze release.

Typen uitvalreductie

- Type 1 : Het toevoegen van een specifieke zorgactiviteit aan een bestaand knooppunt / bestaande uitvraag, zodat deze zorgactiviteit, vanzelfsprekend in combinatie met een passende diagnose en/of overige uitgevoerde zorgactiviteiten, afleidt naar een passend zorgproduct.
- Type 2: Het verwijderen van een specifieke zorgactiviteit uit een bestaand knooppunt / bestaande uitvraag. Dit speelt vooral bij de knooppunten met als omschrijving 'standaarduitval'. In enkele gevallen worden bij diagnoses en subtrajecten bepaalde zorgactiviteiten geregistreerd die bij de ontwikkeling van de productstructuur niet voorzien waren. Deze zorgactiviteiten leiden tot ongewenste uitval. Door het verwijderen van deze zorgactiviteit uit het knooppunt / uitvraag wordt dat subtraject afgeleid naar een passend zorgproduct en belandt het niet meer in een uitvalproduct.

Toelichting bij de kolommen

Onderstaande tabel legt uit wat elke kolom in de rapportage Uitvalreductie betekent. Voor optimale interpretatie adviseren wij de Zorgproductapplicatie (ZPA) voor de medisch-specialistische zorg te raadplegen. De ZPA geeft een visuele weergave van de situatie na de aanpassingen zoals omschreven in de rapportage Uitvalreductie en is te raadplegen via zorgproducten.nza.nl.

Kolom	Betekenis
Kolom zorgproductgroep	De code van de zorgproductgroep waarop de aanpassing betrekking heeft.
Kolom diagnosegroep (1 ^o knooppunt)	Een indicatie van het diagnosecluster waarop de aanpassing betrekking heeft.
Kolom (2 ^o) knooppunt	Naam (omschrijving) van het gewijzigde knooppunt.
Kolom wijziging	Geeft aan of er een zorgactiviteit is toegevoegd of verwijderd uit het betreffende knooppunt.
Kolom zorgactiviteit	Code van de zorgactiviteit die toegevoegd / verwijderd is.
Kolom omschrijving zorgactiviteit	Omschrijving van de betreffende zorgactiviteit.
Kolom aanvullende informatie	Aanvullende informatie over de zorgactiviteit, bijvoorbeeld Ingangsdatum wanneer dat relevant is voor de wijziging
Kolom effect	Duiding van het effect van de wijziging, zie ook de toelichting met betrekking tot Uitvalreductie Type 1 / Type 2.
Kolom referentienummer wijzigingsverzoek	Duiding van het wijzigingsverzoek dat ten grondslag ligt aan de betreffende wijziging.

Uitvalreductie RZ19b

Zorgproduct-groep	Diagnosegroep (1° knooppunt)	(2°) Knooppunt	Wijziging	Zorg-activiteit	Omschrijving zorgactiviteit	Effect	Referentie-nummer wijzigings-verzoek
150101	Alle	(Abortus) curettage	Toegevoegd	037170	Therapeutische hysteroscopie, kleine verrichtingen, zoals: conventionele poliepectomie, verwijdering van een intra-uterine device of een focale coagulatie. Aanvullende informatie: gewijzigde naam (2e) knooppunt: (Abortus) curettage/ Therapeutische hysteroscopie	Van uitval (150101005) naar dbc-zorgproduct 150101006	202601
990040	Alle	Dag met middel-/ zware interventie	Toegevoegd	039603	Inbrengen centrale veneuze lijn.	Van uitval (990040008) naar dbc-zorgproduct 990040005	202619