

Consultatiedocument
RZ19a

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Scope en planning	5
2.1 Scope	5
2.2 Planning	5
3. Wijzigingsverzoeken	6
3.1 Projecten	6
3.2 Wijzigingsverzoeken	10
4. Reactie leden Technisch Overleg msz na consultatie	32
4.1 Reacties branchepartijen	32
Bijlage 1: Afgewezen wijzigingsverzoeken	36
Bijlage 2: Wijzigingsverzoeken nog in behandeling	47

1. Inleiding

Voor u ligt het consultatiedocument RZ19a. In dit document worden alle wijzigingsverzoeken RZ19a beschreven die zijn ingediend en afgestemd met de leden (vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders) van het Technisch Overleg medisch-specialistische zorg (TO msz). Dit document biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzicht in de wijzigingen die wij van plan zijn door te voeren in de release RZ19a. Dit document had tot voor kort de naam '2^e go document' of 'Besluitvormingsdocument'. Voortaan hanteren we hiervoor 'Consultatiedocument RZ19a'.

Dbc-release RZ19a is de beleidsrijke release voor het dbc-pakket 2019 met ingangsdatum 1 januari 2019. Het pakket is nu in voorbereiding.

2. Scope en planning

Dit hoofdstuk licht de scope van dbc-release RZ19a toe en geeft de planning ervan op hoofdlijnen (mijlpalen) weer.

2.1 Scope

Alle onderdelen van het dbc-systeem kunnen wijzigen. Dit betekent dat aanpassingen onder andere kunnen plaatsvinden in:

- ict-specificaties
- prestaties:
 - (afleiding naar) dbc-zorgproducten
 - diagnoses
 - overige zorgproducten
 - zorgactiviteiten
- regelgeving
- tarieven

2.1.1 Uitgangspunten

We hanteren de volgende uitgangspunten bij de ontwikkeling van een nieuwe release:

- In de beleidsregel Toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-18121) staan alle criteria op basis waarvan we beoordelen of een verzoek verwerkt wordt in het dbc-pakket.
- Alle ingediende wijzigingsverzoeken stemmen we af in het TO msz.

2.2 Planning

In 2018 zijn we gestart met een vervroegde publicatie van de regels (van 1 juli naar 1 mei). Voor 2019 zetten we dit voort. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen zo eerder starten met de contractonderhandelingen en is er meer ruimte om het nieuwe pakket binnen de organisaties te implementeren. Onderstaande tabel geeft de planning van dbc-release RZ19a op hoofdlijnen weer.

Mijlpalenplanning dbc-release RZ19a

Mijlpaal / activiteit	Gereed
Sluitingsdatum intake RZ19a	1 juni 2017
Deadline aanlevering kostprijzen door instellingen	1 september 2017
Consultatiedocument besproken in TO msz	12 oktober 2017
Bekendmaking inhoud RZ19a (Consultatiedocument RZ19a)	23 november 2017
Conceptuitlevering RZ19a productstructuur	18 januari 2018
Vaststelling dbc-pakket door RvB NZa	april 2018
Publicatie RZ19a	(uiterlijk) 1 mei 2018
Ingangsdatum RZ19a	1 januari 2019

3. Wijzigingsverzoeken

Dit hoofdstuk bevat wijzigingsverzoeken die door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branchepartijen via de reguliere intakeprocedure zijn ingediend voor de RZ19a en positief zijn beoordeeld.

Per wijziging treft u de naam van het project, het referentienummer van het wijzigingsverzoek en de titel van het wijzigingsverzoek aan. Vervolgens de aanleiding/het verzoek en de oplossingsrichting, op basis waarvan de wijziging wordt doorgevoerd.

3.1 Projecten

Deze paragraaf beschrijft wijzigingsverzoeken voortkomend uit beleidsmatige projecten.

3.1.1 Project: Doorlichten regelgeving

Referentienummer: 202491

Titel wijzigingsverzoek: Vereenvoudigen van regelgeving

Aanleiding en verzoek

Binnen het project 'Doorlichten regelgeving' onderzoeken we waar we binnen de kaders van rust en stabiliteit, regels kunnen vereenvoudigen en administratieve lasten kunnen beperken. Samen met branchepartijen zijn onderstaande drie categorieën gedefinieerd waar dit mogelijk is. Aan de hand van deze categorieën worden vereenvoudigingen aangebracht in de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de nadere regel Regeling medisch-specialistische zorg.

– Opbouw van de regelgeving

De opbouw van de regelgeving kan zorgen voor vereenvoudiging door de volgorde van regels op een meer logische manier te ordenen. Regels over hetzelfde onderwerp moeten zoveel mogelijk bij elkaar worden geplaatst. De (historische) nummering van bepaalde artikelen is van minder belang.

– Leesbare artikelen/eenduidige terminologie

Regels moeten zo eenvoudig en eenduidig mogelijk worden opgeschreven. Het gebruik van meerdere termen waar hetzelfde wordt bedoeld, kan voor verwarring zorgen en moet worden vermeden. Daarnaast moet het gebruik van leestekens, zoals het plaatsen van tekst tussen haakjes, zoveel mogelijk worden vermeden.

– Informatie in de toelichting

De toelichting bij een artikel hoort geen nieuwe informatie te bevatten. Uitgangspunt is dat een regel geen toelichting nodig heeft. Daarnaast is het wenselijk om zichtbaar te maken bij welke artikelen een toelichting beschikbaar is.

Oplossingsrichting

De opbouw van de regelgeving wordt op een aantal punten aangepast. Voornamelijk in artikel 24 van de nadere regel wordt een aantal regels over hetzelfde onderwerp bij elkaar geplaatst.

Wat betreft categorie 2 is door partijen aangegeven dat het gebruik van de termen 'kan', 'mag' en 'moet' voor verwarring zorgt en niet altijd consistent wordt toegepast. Wij lopen de regelgeving hier op na en houden daarbij de volgende uitgangspunten aan:

- Mag/mogen: 'Mag' wordt gebruikt om aan te geven dat iets is toegestaan, maar niet verplicht is.

Voorbeeld: Je mag een tarief in rekening brengen. Daarnaast wordt 'mag niet' gebruikt om aan te geven dat iets niet is toegestaan.

- Dient/dienen en moet/moeten: Verplichtingen worden in de gebiedende wijs opgeschreven. Daarbij wordt, conform de Aanwijzingen voor de regelgeving, het gebruik van 'moeten' of 'dienen' zoveel mogelijk vermeden.
Voorbeeld: De subtrajecten van het parallelle zorgtraject hebben een zorgprofiel met eigen zorgactiviteiten (in plaats van: 'dienen een zorgprofiel met eigen zorgactiviteiten te hebben).
- Op andere plaatsen is het woord 'dienen' of 'moeten' vervangen door 'worden'. Bij het gebruik van 'wordt' of 'worden' is eveneens sprake van een verplichting.
Voorbeeld: Een klinisch subtraject met een zorgtype 11 of 21 wordt gesloten op de 42e dag na ontslagdatum (in plaats van: 'moet worden gesloten').
- Kan/kunnen: 'kan' of 'kunnen' wordt gebruikt als sprake is van een mogelijkheid om iets te doen. Er is geen sprake van een verplichting en ook niet van het toestaan van iets zoals bij 'mag'.
Voorbeeld: Er bestaat toegankelijk inzicht in de algoritmen van een grouper, zodat achteraf de afleiding van het zorgproduct kan worden gereproduceerd.

Tot slot maken we per 2018 zichtbaar voor welke artikelen een toelichting beschikbaar is (categorie 3). De NZa is voornemens de weergave van de regelgeving op de website van de NZa in 2018 anders vorm te geven. In die vormgeving is direct zichtbaar welke artikelen een toelichting hebben.

3.1.2 Project: Overlooproblematiek

Referentienummer: 202512

Titel wijzigingsverzoek: Structurele oplossing overlooproblematiek

Aanleiding en verzoek

Wanneer een subtraject over de jaargrens loopt en in het nieuwe jaar zorgactiviteiten worden geregistreerd die dat jaar nieuw zijn, dan tellen deze niet mee bij de bepaling van het dbc-zorgproduct. Hierdoor kunnen dit soort subtrajecten afleiden naar een te laag zorgproduct of zelfs uitvallen. De vertaaltabel in de groupertabellen biedt hiervoor soms een oplossing, maar in veel gevallen is het niet mogelijk nieuwe zorgactiviteiten eenduidig terug te vervallen naar een voorganger.

Oplossingsrichting

Er komt een overgangstermijn voor zorgactiviteiten die beëindigd worden en niet te vertalen zijn in nieuwe zorgactiviteiten. De beëindigde zorgactiviteiten worden niet meer beëindigd per 31 december, maar kunnen nog tot 30 april van het nieuwe jaar geregistreerd worden. In deze beperkte periode blijft de zorgaanbieder gebruik maken van deze zorgactiviteiten voor subtrajecten die over de jaargrens lopen. Hierdoor blijven ze ook meetellen in de bepaling van een dbc-zorgproduct.

Wanneer zorgactiviteiten een verlengde einddatum krijgen, is er een beperkte periode waarin zowel de oude zorgactiviteiten als hun opvolgers geldig zijn voor dezelfde zorg. Afhankelijk van de openingsdatum van een subtraject (in het oude of nieuwe jaar) moet de zorgaanbieder de oude zorgactiviteit of de opvolger registreren.

De volgende wijzigingen zijn nodig om deze werkwijze mogelijk te maken:

- Hulptabel overloopregistratie

Zorgactiviteiten die een verlengde einddatum krijgen (vier maanden na ingang van de nieuwe release), worden opgenomen in een aparte tabel: de Hulptabel Overloopregistratie. Deze tabel bevat te beëindigen zorgactiviteiten met een verlengde einddatum in combinatie met hun opvolgers. De tabel kan gebruikt worden om te signaleren of de juiste zorgactiviteit in het juiste subtraject is geregistreerd (met openingsdatum in het oude of nieuwe jaar) waarna correctie mogelijk is. Ook kan een geautomatiseerde oplossing worden ingericht. Vertalingen die automatisch mogelijk zijn in de grouper (middels de vertaaltabel), staan niet in deze tabel.

- Handleiding dbc-systematiek en ict-eisen document

Aan de Handleiding dbc-systematiek wordt een toelichting op de Hulptabel Overloopregistratie toegevoegd. Daarnaast wordt aanvullende informatie over correcte registratie rondom overloopsituaties in de handleiding opgenomen. De specificaties van de tabel zijn te vinden zijn in het ict-eisen document.

- Verduidelijking in de nadere regel medisch-specialistische zorg (NR msz)

De nieuwe werkwijze van het registreren van zorg in overloopsituaties vraagt om een verduidelijking van de regels. We nemen deze werkwijze op in de nadere regel zodat duidelijk wordt hoe zorgaanbieders hiermee moeten omgaan.

3.1.3 Project: Aanpassingen kinderoncologie

Referentienummer: 202530

Titel wijzigingsverzoek: Verduidelijken gebruik SKION producten en niet-SKION producten

Aanleiding en verzoek

In 2017 zijn de zorgproducten voor Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) aangepast. Om die reden bestond een overloopsituatie voor zorgtrajecten die in 2016 waren gestart en doorliepen in 2017 (en door gaan lopen in 2018).

Oplossingsrichting

Omdat een SKION-behandelprotocol maximaal twee jaar loopt, komen de zorgproducten voor SKION-zorg in overloopsituaties, per 2019 te vervallen. Daarnaast krijgt de volgende zorgactiviteit de einddatum 31-12-2018: Indicator ten behoeve van afleiding SKION-stratificatie vervolgbehandeling geopend na 01-01-2017 (zt21) van zorgtraject gestart in 2015 of 2016 (193906).

Er is in 2019 geen sprake meer van een overloopsituatie en de regelgeving hierover wordt geschrapt. Dit betreft artikel 24 lid 73 en artikel 33 lid 14 van de nadere regel. Daarnaast voeren we nog een wijziging door in artikel 33 lid 14. Hierin staat nu dat een initieel SKION dbc-zorgproduct per SKION-stratificatie door één instelling in rekening gebracht mag worden. Dit geldt niet alleen voor het initiële SKION dbc-zorgproduct, maar voor het gehele integrale SKION dbc-zorgproduct.

Recidieven

Met de aanpassing van de tarieven per 2017 zijn per diagnosegroep en SKION-stratificatie initiële en vervolg zorgproducten in de structuur opgenomen. Bij recidieven is de afspraak dat het lopende subtraject wordt afgemaakt en dat daarna opnieuw een initieel traject geopend mag worden. Technisch is dit echter niet mogelijk. Om dit op te lossen, wordt een registratieve zorgactiviteit geïntroduceerd: Start van nieuwe SKION-stratificatie bij behandeling van recidief (193907).

Deze zorgactiviteit zorgt bij vastlegging dat afleiding plaatsvindt naar een initieel dbc-zorgproduct. Het is dan niet nodig om hier een zorgtype 11 voor vast te leggen. Hiermee kan het subtraject toch als initieel dbc-zorgproduct gedeclareerd worden en kan het behandelprotocol worden voortgezet. Deze registratieve zorgactiviteit wordt vastgelegd op het moment dat de nieuwe (recidief) stratificatie binnen is, samen met de nieuwe zorgactiviteit. Om dit mogelijk te maken is een aanpassing in de regelgeving nodig. Aan artikel 24 lid 72 NR wordt een alinea toegevoegd:

SKION-stratificatie (193900 tot en met 193904)

Een zorgactiviteit voor een door SKION afgegeven stratificatie licht, middel of zwaar (193900 tot en met 193902) of follow-up (193903) mag eenmaal per 120 dagen worden geregistreerd tijdens een face-to-face contact. Zorgactiviteit 193904 mag geregistreerd worden tijdens het eerste face-to-face contact binnen het eerste subtraject.

Indien sprake is van een recidief mag, in afwijking van het bovenstaande, binnen 120 dagen aanvullend een door SKION nieuw afgegeven stratificatie worden geregistreerd.

Zorgactiviteit (193902) wordt samen met 193907 geregistreerd in het subtraject dat op dat moment openstaat.

3.1.4 Project: Protonentherapie

Referentienummer: 202572

Titel wijzigingsverzoek: Protonentherapie opnemen in de dbc-systematiek

Aanleiding en verzoek

Protonentherapie is een in Nederland nieuw beschikbare bestralingstechniek. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aan vier protonencentra een vergunning afgegeven om deze zorg te leveren. In aansluiting daarop heeft de NZa 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.

Oplossingsrichting

Voor protonentherapie is in de bestaande beslisboom voor zorgproductgroep Radiotherapie (990061) een aparte tak aangemaakt, met daarin de producten zoals beschreven in beleidsregel BR/CU-2146 en waarvoor individuele tariefbeschikkingen zijn afgegeven.

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/CU-2146 en de nadere regel NR/CU-265.

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

Protonentherapie kent meerdere fasen (planningsvergelijking, voorbereiding, bestraling, nazorg) waarvoor aparte declaratietitels beschikbaar zijn. Om te zorgen dat de zorg die in de verschillende fasen geleverd wordt ook in het hierbij passende zorgproduct terecht komt, zijn ook enkele fase-zorgactiviteiten geïntroduceerd en is er een nieuwe afsluitregel geïntroduceerd.

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 protonentherapie gelden speciale voorwaarden voor de vergoeding, en hiervoor worden ook markeringen opgenomen in de zorgactiviteiten en zorgproducten voor protonenbestraling/voorbereiding protonentherapie.

3.2 Wijzigingsverzoeken

Deze paragraaf beschrijft wijzigingsverzoeken die zijn ontvangen via de reguliere intakeprocedure, uitgezonderd afgewezen wijzigingsverzoeken (zie bijlage 1).

3.2.1 Aanpassen afsluitregel bij acute lymfatische leukemie

Referentienummer: 201940

Aanleiding en verzoek

Subtrajecten voor de medicinale oncologische behandeling van acute leukemie per infuus/injectie worden conform afsluitregel afgesloten op iedere 30e behandeldag (klinische dag respectievelijk dagverpleging) of 42 dagen na de laatste behandeldag, indien geen 30 behandeldagen hebben plaatsgevonden. Als er geen behandeldagen zijn (dus alleen poliklinische behandeling) wordt afgesloten na 120 dagen.

De Nederlandse Vereniging voor Hematologie heeft samen met de NZa geconstateerd dat deze afsluitregel tot de volgende knelpunten leidt bij registratie en declaratie:

- Het huidige zorgproduct voor verstrekking van chemotherapie per infuus/injectie bij acute leukemie (28999007) is nu inhomogeen doordat er 0 tot 30 klinische dagen in kunnen vallen.
- De huidige 30-dagenregel is gestoeld op 30 behandeldagen waarbij een behandeldag is gedefinieerd als verpleegdag of dagverpleging. In de praktijk vindt behandeling ook in een poliklinische setting plaats.
- De huidige 30-dagenregel treedt alleen in werking indien verstrekking van chemotherapie via infuus/injectie (039143) plaatsvindt. Medicinale oncologische behandeling bij acute leukemie omvat echter meer dan alleen het verstrekken van chemotherapie per infuus/injectie, namelijk ook het verstrekken van chemo-immunotherapie, immunotherapie, hormoontherapie en begeleiding bij orale behandeling. Op deze andere behandelvormen zijn momenteel andere afsluitregels van toepassing, waardoor subtrajecten op onlogische momenten worden gesloten. Het is onlogisch en onwenselijk dat de 'uitzonderingsafsluitregel' die voor acute leukemie is aangemaakt, alleen maar voor een deel van de medicinale oncologische behandeling geldt.

Oplossingsrichting

Om de regels beter te laten aansluiten op de behandelpraktijk, is de NZa voornemens de volgende aanpassingen door te voeren:

- De afsluitregel voor medicinale oncologische behandeling van acute leukemie wordt aangepast: aansluitend op behandelprotocollen wordt afgesloten na standaard 30 (kalender)dagen. Dit in plaats van de huidige regel van afsluiting na 30 behandeldagen. Daarbij wordt deze afsluitregel verbreed naar alle medicinale oncologische behandelingen van acute leukemie, in plaats van alleen de verstrekking van chemotherapie. Hiermee valt onder de afsluitregel dan ook de begeleiding bij orale therapie en de verstrekking van andere middelen dan chemotherapie (chemo-immunotherapie, immunotherapie en hormoontherapie) die deel uitmaken van de behandeling van acute leukemie.

In artikel 19 lid 1 onderdeel d van de nadere regel wordt opgenomen:

Bij een medicinale oncologische behandeling van acute leukemie wordt het subtraject zt21 gesloten op de 30e dag na opening van het subtraject, tenzij de medicinale oncologische behandeling start na de 30e dag van het subtraject. Het subtraject wordt in die situatie één dag voor de start van de medicinale oncologische behandeling gesloten en er wordt aansluitend een nieuw subtraject geopend.

- Het huidige zorgproduct voor verstrekkingen van chemotherapie (28999007) vervalt en wordt gesplitst in een klinisch lang (> 15 verpleegdagen), een klinisch kort (1-15 verpleegdagen) en een ambulante variant (geen verpleegdagen).

Daarbij omvatten deze producten nu ook de verstrekkingen van chemo-immunotherapie, immunotherapie en hormoontherapie bij acute leukemie. De nieuwe producten voor medicinale oncologische behandeling van acute leukemie per infuus/injectie zijn:

- Acute leukemie | Intraveneuze/ intrathecale toediening chemo-/chemo-immuno-/ immuno-/ hormoontherapie | Klin >15 | Nieuwv lymfoid/hematopoetisch (28999069)
- Acute leukemie | Intraveneuze/ intrathecale toediening chemo-/chemo-immuno-/ immuno-/ hormoontherapie | Klin 1-15 | Nieuwv lymfoid/hematopoetisch (28999070)
- Acute leukemie | Intraveneuze/ intrathecale toediening chemo-/chemo-immuno-/ immuno-/ hormoontherapie | Ambulant | Nieuwv lymfoid/hematopoetisch (28999071)
- Aan het huidige zorgproduct voor begeleiding orale chemotherapie bij acute leukemie (28999057), wordt ook de begeleiding bij chemo-immuno-, immuno- en hormoontherapie toegevoegd, zodat er nu één product is voor de begeleiding bij orale medicinale behandeling van acute leukemie. Het nieuwe product voor begeleiding bij orale medicinale oncologische behandeling van acute leukemie wordt: Acute leukemie | Begeleiden behandeling met orale chemo-/chemo-immuno-/ immuno-/ hormoontherapie | Nieuwv lymfoid/hematopoetisch (28999073)

3.2.2 Declaratietitel voor chemosaturatie bij uitzaaingen oculair melanoom

Referentienummer: 202263

Aanleiding en verzoek

Chemosaturatie, of percutane leverperfusie, betreft een behandeling voor patiënten met metastasen in de lever bij oculair melanoom. Bij deze behandeling wordt onder narcose een grote hoeveelheid chemotherapie via de leverslagader door de lever gespoeld, waarna de chemotherapie vervolgens via een speciaal apparaat weer uit het bloed wordt gefilterd. Er komen jaarlijks ongeveer 70 - 80 patiënten in aanmerking voor deze behandeling. De kosten van de totale behandeling worden geschat op gemiddeld € 38.000 per patiënt. Tot nu toe is de zorg bekostigd uit de academische component. Onderzoekresultaten laten gunstige effecten zien van deze behandeling en inmiddels is de behandeling opgenomen in een richtlijn van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Gezien deze ontwikkelingen is het verzoek ingediend om deze behandeling via de dbc-systematiek te declareren. Daarnaast heeft de aanvrager het Zorginstituut Nederland gevraagd een standpunt in te nemen over de vraag of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit standpunt is er echter nog niet. Vooruitlopend hierop is besloten deze zorg per 2019 alvast in de dbc-systematiek op te nemen. Mocht op een later moment bepaald worden dat er op deze zorg een aanspraakbeperking van toepassing is, dan wordt dit aan deze zorgactiviteit toegekend.

Oplossingsrichting

Een nieuwe zorgactiviteit wordt aangemaakt: Percutane geïsoleerde leverperfusie met extracorporale filtratie (035283)

In combinatie met de diagnose 313_955 Levertumor nno leidt deze zorgactiviteit af naar het bestaande zorgproduct HIPEC (029199208).

Dit omdat de behandeling, gezien de door de aanvrager aangeleverde informatie, qua kosten overeen komt met HIPEC (Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie). Daarnaast gaat het in beide gevallen om een spoeling met chemotherapie. De naam van zorgproduct 029199208 wordt als volgt aangepast: HIPEC/percutane leverperfusie.

3.2.3 Aanpassen overlappende za's voor centraal veneuze katheter

Referentienummer: 202291

Aanleiding en verzoek

In het verleden is een aantal zorgactiviteitcodes (za-codes) geïntroduceerd om de registratie van de anesthesiologische inzet (perioperatief) in operatieve zorgtrajecten zichtbaar te maken. Een van deze codes is Inbrengen centrale veneuze lijn (039603).

Deze zorgactiviteitcode overlapt met de volgende zorgactiviteiten:

- Inbrengen centrale veneuze katheter of een navelkatheter bij pasgeborenen voor voeding of drukmeting (033698) en;
- Inbrengen voedingskatheter of centrale veneuze katheter, niet gerelateerd aan een operatie (039682).

Deze overlap gaat ten koste van een eenduidige registratie voor situaties van het inbrengen van een centraal veneuze lijn/katheter.

Oplossingsrichting

Om de overlap in zorgactiviteiten weg te nemen, stellen we de volgende aanpassingen voor:

Beëindigen zorgactiviteitcodes

- Inbrengen centrale veneuze katheter of een navelkatheter bij pasgeborenen voor voeding of drukmeting (033698)
- Inbrengen voedingskatheter of centrale veneuze katheter niet gerelateerd aan een operatie (039682)

Nieuwe zorgactiviteitcode

Inbrengen navelkatheter bij een pasgeborene voor voeding of drukmeting (033704)

Alle situaties van het inbrengen van een centraal veneuze lijn/katheter kunnen worden geregistreerd met za 039603, ongeacht de toepassing (voeding, sedatie, drukmeting of anderszins), de doelgroep (neonaat of volwassen) of setting (peri-OK of verpleegafdeling). Voor de specifieke toepassing van een navelkatheter (voorheen onderdeel van za 033698), wordt een nieuwe zorgactiviteit geïntroduceerd. Deze nieuwe zorgactiviteit wordt, net als zijn voorganger za 033698 ingedeeld in zorgprofielklasse 6. Ook wordt de nieuwe zorgactiviteit op de nota vermeld. De eigenschappen van de bestaande za 039603 veranderen niet.

Overloopsituatie

Doordat nieuwe zorgactiviteiten met ingang van het nieuwe jaar geregistreerd moeten worden, maar nog niet geldig zijn in de productstructuur van het jaar ervoor kan dit voor subtrajecten geopend in 2018 leiden tot declaratieproblemen. De reguliere oplossingsrichting om in de vertaaltabel naar een inhoudelijk meest passende zorgactiviteit te vertalen is voor dit wijzigingsverzoek verkend. Dit blijkt niet mogelijk.

De zorgactiviteiten 033698 en 039682 worden daarom niet per 31-12-2018 beëindigd, maar per 30-04-2019. Dit om declaratieproblemen tegen te gaan

In subtrajecten met een begindatum in 2018 kunnen deze zorgactiviteiten in die periode nog geregistreerd worden. In subtrajecten met een begindatum in 2019 dienen de nieuwe zorgactiviteiten te worden geregistreerd.

3.2.4 Toestaan twee zorgtrajecten bij intake fertilitateitsproblematiek

Referentienummer: 202308

Aanleiding en verzoek

Bij fertilitateitsproblemen komt het voor dat een man en vrouw samen op de polikliniek komen waarbij in hetzelfde polikliniekbezoek beide zorgvragen worden besproken. Het verzoek is om hiervoor twee zorgtrajecten te kunnen openen, zowel voor de man 'F12 Oriënterend fertilitateitsonderzoek / basale behandeling man' als ook voor de vrouw 'F11 Oriënterend fertilitateitsonderzoek / basale behandeling vrouw'.

Volgens de huidige regelgeving mag een polikliniekbezoek éénmaal geregistreerd worden wanneer meerdere patiënten aanwezig zijn tijdens één consult (artikel 24 lid 1 van NR/REG-1732). Indien een man en vrouw aanwezig zijn tijdens n polikliniekbezoek mag dus één polikliniekbezoek worden geregistreerd. Er kan dan ook maar een zorgtraject worden geopend.

De zorgproducten en tarieven zijn echter zodanig opgebouwd dat er voor de man en de vrouw twee zorgproducten worden gedeclareerd. Wanneer er maar één zorgproduct gedeclareerd mag worden, is de tarifiering hiervoor niet passend.

Oplossingsrichting

Er komt een nieuwe zorgactiviteit die declaratie van de twee zorgproducten mogelijk maakt. Het gaat om: Consult van de partner bij een gezamenlijk polikliniekbezoek bij een zorgvraag infertilitateit (voor de andere partner wordt een polikliniekbezoek vastgelegd) (190068).

Voorbeeld: Een apart zorgtraject met deze zorgactiviteit mag alleen worden geopend indien bij de man tijdens het gezamenlijke polikliniekbezoek een algemene en speciële anamnese wordt afgenomen en onderzoek wordt ingezet. Voor de vrouw wordt een polikliniekbezoek vastgelegd.

In de Q&A 'registratie bij infertilitateit' (zie ook werkenmetdbcs.nza.nl) wordt uitleg gegeven over de fertilitateit. Onderstaande blijft van toepassing.

Wanneer geen zorgvraag

Wanneer er bij de man geen zorgvraag is kan alleen een zorgproduct voor de vrouw worden geregistreerd.

Wanneer er alleen spermaonderzoek plaatsvindt

Vraag: Hoe leg ik een spermaonderzoek vast bij een zorgvraag in het kader van infertilitateit?

Antwoord: Spermaonderzoek (070801, 078013 en 078110) kan middels zorgactiviteiten of overige zorgproducten geregistreerd worden. De overige zorgproducten voor spermaonderzoek vallen in de categorie eerstelijnsdiagnostiek en paramedische behandeling. In artikel 34b lid 6 van de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-1732) staat: 'Voor een overig zorgproduct spermaonderzoek (070801, 078012, 078013 en 078110) is een verzoek van de eerstelijns niet noodzakelijk als dit onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van de gynaecoloog in het kader van een fertilitateitssprekkuur.'

In de situatie dat er geen zorgtraject geopend is voor de man, of op dezelfde dag geopend wordt voor de man, (zie ook artikel 34 lid 3 van de NR/REG-1732 voor de declaratieregels van overige zorgproducten uit de categorie eerstelijnsdiagnostiek en paramedische behandeling), dan kan de zorg - geleverd in het kader van spermaonderzoek - als overig zorgproduct worden gedeclareerd.

Indien er wel een zorgtraject geopend is voor de man, dan kunnen de zorgactiviteiten voor spermaonderzoek geregistreerd worden binnen het lopende zorgtraject. In dat geval wordt het spermaonderzoek als onderdeel van het zorgprofiel van een dbc-zorgproduct gedeclareerd.

Verwijzer

Vraag: Welk verwijstype moet ik vastleggen bij een fertiliteitspreekuur?

Antwoord: In de Nederlandse gezondheidszorg wordt de medisch-specialistische zorg enkel vergoed door de zorgverzekeraar indien een patiënt is verwezen door een geldige verwijzer (met uitzondering van spoedeisende hulp). In artikel 14 lid 2 van de Zorgverzekeringswet staat: 'De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.' Het kan dus per zorgverzekeraar verschillen welke beroepsgroep wordt geaccepteerd als verwijzer.

De NZa heeft de verplichting gesteld dat bij de declaratie van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten het type verwijzer en de AGB-code verwijzer of AGB-code verwijzend specialisme op de nota moet worden vermeld.

Deze verplichting staat beschreven in de nadere regel (NR/REG-1732 artikel 36 en 37). De typen verwijzers onderscheiden zich in SEH-verwijzer (1 of 3) en niet-SEH-verwijzer (2, 4 tot en met 8).

Wanneer een man en een vrouw met de zorgvraag infertiliteit door de huisarts worden doorverwezen naar de gynaecoloog, is sprake van verwijstype 4. Als een overig zorgproduct spermaonderzoek wordt uitgevoerd of een dbc-zorgproduct met de diagnose oriënterend fertiliteitsonderzoek / basale behandeling man (F12) op naam van de man wordt geopend op verzoek van de gynaecoloog naar aanleiding van een consult op het fertiliteitspreekuur van de vrouw, is verwijzing van de eerstelijns niet noodzakelijk. In dat geval is sprake van verwijstype 7.

3.2.5 Zorgproducten voor gespecialiseerde stepped care tinnitus-behandeling

Referentienummer: 202343

Aanleiding en verzoek

Sinds 2013 valt de stepped care tinnitus-behandeling onder de beleidsregel 'Innovatie kleinschalige experimenten'. Voor een structurele bekostiging in de dbc-systematiek is een wijzigingsverzoek ingediend.

Oplossingsrichting

Voor het registreren en declareren van de stepped care tinnitus-behandeling wordt een nieuw domein 'Beweging' geïntroduceerd. Naast een gewijzigde bestaande zorgactiviteit worden tien nieuwe zorgactiviteiten voor de registratie van de stepped care behandeling geïntroduceerd.

Nieuwe zorgactiviteiten

- 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)

Om ervoor te zorgen dat er geen overlap is met bestaande zorgactiviteiten, wordt de omschrijving van zorgactiviteit Cursus/training groep overig, bv. groepsvoorlichting hoortoestellen, groepsbegeleiding tinnitus (geen vaardigheidstraining) - audiologisch centrum (190785) gewijzigd naar Cursus/training groep overig, bv. groepsvoorlichting hoortoestellen, groepsbegeleiding tinnitus (geen vaardigheidstraining of stepped care tinnitus, zie 190790) - audiologisch centrum.

De nieuwe zorgactiviteiten en het nieuwe domein worden toegevoegd aan zorgproductgroep Audiologie (991900).

De stepped care behandeling landt op basis van drie of meer domeinen in zorgproduct Horen / rest | Meer dan 3 domeinen/ AP 104 | Audiologie (991900021).

Daarnaast verduidelijken we de consumentenomschrijvingen van alle dbc-zorgproducten binnen zorgproductgroep Audiologie.

3.2.6 Aanvraag diagnosecode lever-darmtransplantatie

Referentienummer: 202378

Aanleiding en verzoek

De combinatie diagnose en zorgactiviteit Lever-darmtransplantatie ontbreekt in zorgproductgroep Nier-, lever-, darm-, eilandjes- en pancreastransplantatie (incl. WBMV) (979002). In verband hiermee kan de geleverde zorg niet geregistreerd en gedeclareerd worden.

Oplossingsrichting

Er worden vier nieuwe diagnoses aangemaakt

- Lever- en darmtransplantatietraject ontvanger (0303_564 - chirurgie);
- Lever- en darmtransplantatietraject ontvanger (0313_084 - interne geneeskunde);
- Lever- en darmtransplantatietraject ontvanger (0316_7926 - kindergeneeskunde);
- Lever- en darmtransplantatietraject ontvanger (0318_769 - MDL).

Er wordt één nieuwe zorgactiviteit aangemaakt

Lever- en darmtransplantatie ontvanger (192120)

De WBMV-tabel wordt aangepast

Er wordt een nieuwe WBMV code Zorgactiviteiten Lever- en darmtransplantatie Art. 2 (2956) voor zorgactiviteit Lever- en darmtransplantatie (192120) aangemaakt. Een instelling dient te beschikken over WBMV-vergunningen voor alle hier genoemde organen om deze zorg te kunnen declareren.

Aanspraakcode nieuwe zorgactiviteit

Zorgactiviteit 192120 krijgt aanspraakcode 2601 - Zorgactiviteiten Diverse Beperkingen.

De zorg wordt opgenomen in al bestaande zorgproducten.

3.2.7 Uitval bij levertransplantatie met ic, maar zonder verpleegdagen

Referentienummer: 202387

Aanleiding en verzoek

Indien de patiënt tijdens de operatieve fase bij een levertransplantatie alleen op de ic en niet op een verpleegafdeling verblijft, valt het product uit. In de huidige dbc-systematiek wordt namelijk afgeleid op basis van verpleegdagen en die ontbreken in deze situatie. Het verzoek is om deze uitval op te lossen.

Oplossingsrichting

De uitval-zorgproducten zijn omgezet naar declarabele zorgproducten. Het betreft:

- Uitval geen klin | Ontvanger | Kind | Orgaantransplantatie (excl niertransplantatie) | is gewijzigd in declarabel zorgproduct 979002346 - Ontvanger | Kind | Orgaantransplantatie (excl niertransplantatie) | Geen verpleegdagen | Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (979002237)
- Uitval geen klin | Ontvanger | Volwassene | Levertransplantatie (incl partieel) mbv postmortale donor | is gewijzigd in declarabel zorgproduct 979002347 - Ontvanger | Volwassene | Levertransplantatie (incl partieel) mbv postmortale donor | Geen verpleegdagen | Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (979002293)
- Uitval geen klin | Ontvanger | Volwassene | Partiële levertransplantatie mbv levende donor | is gewijzigd in declarabel zorgproduct 979002348 - Ontvanger | Volwassene | Partiële levertransplantatie mbv levende donor | Geen verpleegdagen | Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (979002296)
- Uitval geen klin | Ontvanger | Volwassene | Gecombineerde transplantatie | is gewijzigd in declarabel zorgproduct 979002349 - Ontvanger | Volwassene | Gecombineerde transplantatie | Geen verpleegdagen | Nier/lever/darm/eilandjes/pancreastransplantatie (979002307)

3.2.8 Aanpassen omschrijving za 190024

Referentienummer: 202407

Aanleiding en verzoek

De informatielijn van de NZa ontvangt veel vragen over zorgactiviteit Direct contact met familie, naasten, huisarts of verwijzer t.b.v. consultatieve psychiatrie (190024). Er bestaat onduidelijkheid over wat wordt verstaan onder direct contact en er is onduidelijkheid over wanneer deze zorgactiviteit mag worden geregistreerd.

Oplossingsrichting

De omschrijving van zorgactiviteit 190024 wordt als volgt aangepast: Consultatie van familie, naasten, huisarts of verwijzer van de patiënt t.b.v. consultatieve psychiatrie (190024).

Daarnaast wordt in de Regeling medisch-specialistische zorg in artikel 24, de volgende omschrijving van de zorgactiviteit opgenomen: Consultatie van familie, naasten, huisarts of verwijzer van de patiënt t.b.v. consultatieve psychiatrie (190024). Consult waarbij de consultatief psychiater naar aanleiding van een verzoek van een ander specialisme familie, naasten, de huisarts of de verwijzer van de patiënt consulteert. Deze consultatie vindt face-to-face, screen-to-screen of door middel van een belverbinding plaats.

Gelet op bovengenoemde wijziging, wordt ook de consumentenomschrijving van de volgende dbc-zorgproducten aangepast:

- Meer dan vijf contacten bij een psychische stoornis (990029010)
- 1 of 2 contacten bij een psychische stoornis (990029011)
- 3 tot vijf contacten bij een psychische stoornis (990029012)

Het begrip 'contacten' wordt gewijzigd in 'consulten':

- Meer dan vijf consulten bij een psychische stoornis (990029010)
- 1 of 2 consulten bij een psychische stoornis (990029011)
- 3 tot vijf consulten bij een psychische stoornis (990029012)

3.2.9 Nieuwe za voor Selectieve Dorsale Rhizotomie bij spasticiteit

Referentienummer: 202410

Aanleiding en verzoek

Van een UMC kregen wij het verzoek om voor de ingreep Selectieve Dorsale Rhizotomie (SDR) een declarabele prestatie beschikbaar te stellen.

SDR is opgenomen in de richtlijn 'Spastische cerebrale parese bij kinderen' en wordt hierin als behandeloptie genoemd ter vermindering van de spasticiteit bij kinderen met een bilaterale spastische parese die voldoen aan specifieke, in de richtlijn beschreven criteria. Het gaat hier om een bijzondere neurochirurgische ingreep, die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) valt, waarvan de behandelkosten hoog liggen en waarvoor nog geen passende zorgactiviteitcode beschikbaar is.

Oplossingsrichting

Voor SDR voegen we een nieuwe zorgactiviteit toe in de zorgactiviteitentabel: Selectieve dorsale rhizotomie (030492). Deze zorgactiviteit leidt, binnen de zorgproductgroep voor WBMV neurochirurgie (zpg 972802), af naar bestaande zorgproducten voor bijzondere neurochirurgie, zwaartegroep 4 (producten 972802.090 tot en met 972802.095).

3.2.10 Aanpassen omschrijving diagnose 301_954 congenitale oogafwijking

Referentienummer: 202412

Aanleiding en verzoek

In de toelichting op de diagnose- en zorgvraagtyperingslijst voor het specialisme oogheelkunde hebben branchepartijen eind 2016 een nadere uitleg opgenomen voor de registratie van diagnosecode 301_954. In aansluiting hierop is het wenselijk om ook de omschrijving van diagnosecode 954 in de typeringslijst aan te scherpen. Dit bevordert eenduidige registratie.

In de toelichting op de diagnose- en zorgvraagtyperingslijst van oogheelkunde staat bij diagnosecode 301_954 de volgende tekst:

Deze wordt alleen gebruikt indien de congenitale afwijking niet onder te brengen is onder een specifiekere diagnose(groep) zoals: 252 (congenitale ptosis), 259 (overige pathologie oogleden), 306 obstructie (congenitaal), 359 (overige pathologie orbita), 459 (overige pathologie cornea), 509 (overige pathologie uvea), 554 (cataract), 559 (overige pathologie lens), 659 (overige pathologie retina), 809 (overige pathologie bulbus/sclera), 852 (opticopathie), 859 (overig neuro-ophthalmologisch) of 904 (primair glaucoom).

Oplossingsrichting

De omschrijving van diagnosecode Congenitale oogafwijking (301_954) wordt vervangen door de omschrijving Congenitale oogafwijkingen niet elders classificeerbaar.

3.2.11 Uitvalreductie interventieradiologie

Referentienummer: 202449

Aanleiding en verzoek

Sinds 2016 zijn interventieradiologische verrichtingen onderdeel van het traject van de hoofdbehandelaar. Voor 2019 voeren we een aantal verbeteringen door om uitval bij interventieradiologie te verhelpen.

Oplossingsrichting

Diverse zorgactiviteiten worden typerend gemaakt in verschillende zorgproductgroepen om uitval bij interventieradiologie te verhelpen. De zorgactiviteiten zijn:

- Niet-electieve embolisatie van vaten (080028)
- RF-afblatie (080058)
- Percutane transluminale angioplastiek (PTA) stenose van de andere niet-coronaire vaten (zie 080822 voor occlusie) (080821)
- Percutane transluminale angioplastiek (PTA) occlusie van de andere niet-coronaire vaten (zie 080821 voor stenose) (080822)
- Embolisatie van vaten (080828)
- Nefrostomie bij afvloedbelemmering, met CT (088148)
- Nefrostomie bij afvloedbelemmering, met röntgen (088158)
- Nefrostomie bij afvloedbelemmering, met echografie (088178)

3.2.12 Aanspraak floaterectomie duidelijk maken in productstructuur

Referentienummer: 202451

Aanleiding en verzoek

Aan patiënten worden in de praktijk laserbehandelingen aangeboden om glasvochttoebelingen te verwijderen. Zorginstituut Nederland (ZINL) is in 2016 in het kader van een procedure via de SKGZ (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen) gevraagd een uitspraak te doen of laserbehandelingen verzekerde zorg betreft. ZINL heeft een negatief advies afgegeven en de NZa verzocht om inzichtelijk te maken dat floaterectomie geen verzekerde zorg betreft.

Op dit moment zijn twee algemene zorgactiviteitcodes beschikbaar waarmee deze behandeling vastgelegd kan worden:

- Coagulatie van intra-oculaire aandoeningen, mits niet vallend onder 030896 en 030897 (030895)
- Behandeling van intra-oculaire aandoeningen d.m.v. YAG-laser (030898)

Zorgaanbieders gebruiken deze codes ook voor behandelingen die wel tot het verzekerde pakket behoren.

Oplossingsrichting

Dit verzoek verwerken we door een nieuwe, specifieke en rood gekleurde zorgactiviteitcode te introduceren. Daarnaast worden de omschrijvingen van de algemene codes hierop bijgesteld:

- In de omschrijving van za 030895 zijn in de exclusie za 030898 en za 030899 opgenomen.
- In de omschrijving van za 030898 is in de exclusie za 030899 opgenomen.
- Nieuw aangemaakte zorgactiviteit: YAG-laser vitreolysis (floaterectomie) (030899).

De nieuwe za 030899 is opgenomen in het zorgactiviteitencluster 'focale laser' in zorgproductgroep 79799, en leidt hiermee af naar zorgproduct Aandoening chor/retina/corp vitr/endoftalmatitis (excl diabetische retinopathie) | Focale laser | Oog chor/retina/corp vitr/endoftalmatitis (079799039).

3.2.13 Aanvraag zorgactiviteiten operaties neuroblastomen

Referentienummer: 202453

Aanleiding en verzoek

Er (b)lijkt geen passende zorgactiviteit te zijn voor (een deel van de) operaties bij neuroblastomen. Neuroblastoom komt vaak voor bij de bijnier, maar kan overal in het lichaam voorkomen. De aanvrager is van mening dat de bestaande zorgactiviteiten de lading van de ingreep, namelijk het verwijderen van een tumor die op verschillende plaatsen in het lichaam kan voorkomen, onvoldoende dekt. Het verzoek is om de volgende twee nieuwe zorgactiviteiten aan te maken:

1. Resectie paravertebrale tumor (thorax, abdomen, bekken, hoofd/hals)
2. Tumorresectie abdominaal algemeen

Oplossingsrichting

De NZa deelt de mening van de aanvrager dat voor de resectie van paravertebrale tumoren onvoldoende zorgactiviteiten beschikbaar zijn. Bestaande zorgactiviteiten gaan uit van specifieke organen. Echter, de paravertebrale tumoren zijn gelegen rondom de wervelkolom en liggen niet op een specifiek orgaan.

Om die reden wordt een nieuwe zorgactiviteit aangemaakt: Resectie paravertebrale tumor (thorax, abdomen, bekken, hoofd/hals) (030500).

Deze zorgactiviteit leidt af naar zorgproduct Operatie neuroblastoom (020112051).

Wat betreft een nieuwe za voor tumorresectie abdominaal algemeen, is de NZa van mening dat er voldoende passende zorgactiviteiten beschikbaar zijn voor het verwijderen van een abdominale tumor. Voor het verwijderen van tumoren op de bijnier kan één van de volgende zorgactiviteiten gebruikt worden:

- Resectie bijnier, met of zonder excisie omliggend weefsel, open procedure (zie 030703 voor laparoscopisch) (030702);
- Laparoscopische resectie bijnier, met of zonder excisie omliggend weefsel (zie 030702 voor open procedure) (030703).

Als het niet gaat om de bijnier, maar om het verwijderen van tumoren op een ander plek in de buik, kan zorgactiviteit Proeflaparotomie (035512) gebruikt worden.

Bij deze zorgactiviteiten staat niet specifiek vermeld dat een tumor wordt verwijderd, maar dat is ook niet noodzakelijk. Ze zijn passend en leiden af naar een passend zorgproduct. Daarbij is het zo dat als we de algemeen geformuleerde zorgactiviteit 'Tumorresectie abdominaal algemeen' aanmaken, dit tot veel overlap met bestaande zorgactiviteiten leidt, wat niet wenselijk is. Om deze reden wijzen we het verzoek voor de nieuwe zorgactiviteit Tumorresectie abdominaal algemeen af.

3.2.14 Nieuwe zorgactiviteiten voor operaties bij kiemceltumoren

Referentienummer: 202454

Aanleiding en verzoek

Het verzoek is om een passend dbc-zorgproduct toe te voegen voor de behandeling van kiemceltumor. Diagnose Kiemceltumor (303_357) leidt nu af naar zorgproductgroep Maligniteit neoplasmata mannelijke geslachtsorganen/prostaat (020109). In deze zorgproductgroep worden alleen operaties bij het mannelijk geslacht uitgevraagd. Deze diagnose komt echter ook bij vrouwen voor. Daarnaast kan een kiemceltumor zich in verschillende delen van het lichaam bevinden (ook in de maag).

Oplossingsrichting

De volgende zorgactiviteiten zullen afleiden naar een passend zorgproduct:

- Operatie aan het adnexum i.v.m. ovariumtumor (036916)
- Operatie van grote en gecompliceerde tumoren (038909)
- Gastrotomie (bijvoorbeeld voor het verwijderen van een of meerdere poliepen of corpora aliena), open procedure (zie 034405 voor endoscopisch) (034401)
- Operatie van grote en gecompliceerde gezwellen, excl. Moh's chirurgie (038909)
- Endoscopische operatie aan het adnexum in verband met een ovariumtumor of ontstekingen) (036915)
- Endoscopische gastrotomie (bijvoorbeeld voor het verwijderen van een of meerdere poliepen of corpora aliena) (zie 034401 voor open procedure) (034402)

Aan de zorgproductgroepnaam wordt het begrip 'kiemceltumoren' separaat toegevoegd: Nieuwvormingen - Maligne neoplasmata mannelijke geslachtsorganen en prostaat en kiemceltumoren. Deze wijziging wordt ook in alle (medische) zorgproductnamen van deze zorgproductgroep doorgevoerd.

3.2.15 Zorgactiviteit voor ReLEx SMILE refractiechirurgie

Referentienummer: 202459

Aanleiding en verzoek

Het Nederlands Oogheelkundig Genootschap heeft ons gevraagd om een nieuwe zorgactiviteitcode aan te maken voor een nieuw type behandeling voor refractieafwijkingen: ReLEx SMILE (Small Incision Lenticule Extraction). Het gaat om een ingreep die in de reguliere praktijk al wordt aangeboden, maar waarvoor een landelijke zorgactiviteit ontbreekt.

Deze nieuwe behandeltechniek is niet goed onder te brengen bij één van de bestaande zorgactiviteiten voor refractiechirurgie. De techniek en het type laser zijn duidelijk anders dan bij de behandelingen waarvoor al zorgactiviteiten bestaan.

Oplossingsrichting

Voor deze ingreep wordt een nieuwe zorgactiviteit geïntroduceerd:
Refractieve lenticule extractie (ReLEx, SMILE) (031054)

Zorginstituut Nederland heeft laten weten dat ReLEx SMILE op dit moment niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk, en heeft hier een rode aanspraakcode aan toegekend.

De nieuwe zorgactiviteit wordt opgenomen in de productstructuur en zal afleiden naar het bestaande zorgproduct voor refractiechirurgie (079599015).

3.2.16 Toevoegen haplo-identieke donortransplantatie aan productstructuur stamceltransplantatie

Referentienummer: 202460

Aanleiding en verzoek

In de dbc-productstructuur van de stamceltransplantatie wordt nu onderscheid gemaakt tussen vier typen stamceltransplantaties, die verschillen al naar gelang het type donor:

- allogeen HLA-identiek verwant;
- allogeen HLA-identiek onverwant;
- navelstrengbloed;
- autoloog.

Tegenwoordig wordt ook een vijfde vorm toegepast: de haplo-identieke stamceltransplantatie. Bij haplo-identieke stamceltransplantatie is (in tegenstelling tot de Humane Leukocyten Antigenen(HLA)-identieke varianten) slechts één van de twee haplotypes van de donor identiek aan de patiënt. Er is daardoor een mindere mate van genetische match. Het voordeel hiervan is dat de kans op het vinden van een donor binnen de familie groter wordt, omdat ook andere familieleden mogelijk geschikt zijn. Het verzoek is om deze vorm van stamceltransplantatie toe te voegen aan de productstructuur.

Er zijn voorsnog geen nieuwe zorgproducten nodig, gezien de door de aanvrager aangeleverde informatie, de kosten in het geval van haplo-identieke donortransplantatie vergelijkbaar zijn met de kosten van de bestaande zorgproducten. Voor wat betreft de search-fase, waarin gezocht wordt naar een geschikte donor, zijn de kosten van de search naar een haplo-identieke verwante donor vergelijkbaar met de kosten van de search naar een HLA-identieke verwante donor. Wat betreft de stamceltransplantatiefase en het posttransplantatietraject, liggen de kosten in de buurt van de respectievelijke trajecten in het geval van een onverwante donor. Het zorgtraject is in het geval van een haplo-identieke donor complexer en langduriger dan bij een HLA-identieke verwante donor, gezien de mindere mate van genetische match.

Oplossingsrichting

Er worden drie nieuwe zorgactiviteiten toegevoegd:

- Selectie stamcellen allogeen, haplo-identieke verwante donor bij stamceltransplantatie (excl. 039237) (039236)
- Stamceltransplantatie/hertransplantatie allogeen, haplo-identieke verwante donor (192094)
- Posttransplantatietraject stamceltransplantatie allogeen, haplo-identieke verwante donor (192099)

Het registreren van de afname in het geval van een haplo-identieke donor kan met de bestaande zorgactiviteit Afname stamcellen allogeen verwante donor bij stamceltransplantatie (039283).

De drie nieuwe zorgactiviteiten leiden af naar de volgende bestaande zorgproducten:

- Zorgactiviteit 039236 leidt af naar zorgproduct Search | Zonder afname | Verwante donor (979003024)
- Zorgactiviteit 192094 leidt af naar zorgproduct Stamceltransplantatie | Allogeen | Niet-verwante donor. Deze naam wordt als volgt gewijzigd: Stamceltransplantatie | Allogeen | Niet-verwante donor/ Haplo-identieke verwante donor (979003010)
- Zorgactiviteit 192099 leidt af naar zorgproduct Post-transplantatietraject | Allogeen | Niet-verwante donor. Deze naam wordt als volgt gewijzigd: Post-transplantatietraject | Allogeen | Niet-verwante donor/ Haplo-identieke verwante donor (979003013)

Daarnaast verduidelijken we de consumentenomschrijvingen van deze zorgproducten.

NB: onderdeel van dit wijzigingsverzoek was tevens het verzoek om het mogelijk te maken om de huidige verschillende zorgproducten voor searches (het zoeken naar verschillende varianten donoren) naast elkaar te declareren. Dit onderdeel van het wijzigingsverzoek is doorgeschoven naar de RZ20a, omdat, gezien de complexiteit en verwachte impact, met veldpartijen is afgesproken meer tijd te nemen om verschillende uitwerkingsvarianten nader te onderzoeken. Dit deel wordt uitgewerkt voor de RZ20a als onderdeel van het wijzigingsverzoek 202361, dat eveneens stamceltransplantatie betreft.

3.2.17 Verduidelijken regelgeving ozp's klinische genetica

Referentienummer: 202463

Aanleiding en verzoek

Klinisch genetisch laboratoriumspecialisten declareren hun klinisch genetische onderzoeken via overige zorgproducten. Bij de declaratie van deze overige zorgproducten zijn zij verplicht om de agb-code van de hoofdbehandelaar te vermelden. Soms is de hoofdbehandelaar een andere specialist dan een klinisch geneticus, waardoor problemen ontstaan in de declaratie. De klinisch genetisch laboratoriumspecialist is niet de hoofdbehandelaar en heeft geen agb-code.

Oplossingsrichting

De regelgeving wordt zo aangepast dat klinisch genetisch laboratoriumspecialisten de agb-code van het specialisme klinische genetica kunnen gebruiken. Niet de agb-code van de hoofdbehandelaar moet geregistreerd worden, maar de agb-code van het specialisme dat verantwoordelijk is voor de geleverde prestatie.

3.2.18 Kortere consumentenomschrijving voor ozp's

Referentienummer: 202477

Aanleiding en verzoek

De NZa heeft meerdere signalen ontvangen dat de consumentenomschrijving van overige zorgproducten op de nota wordt afgebroken wanneer deze meer dan 200 tekens bevat. Er komt dan een omschrijving op de nota die niet altijd duidelijk is voor de patiënt.

Oplossingsrichting

Het aanpassen van de standaard waardoor consumentenomschrijvingen met meer dan 200 tekens op de nota kunnen worden vermeld, heeft voor Vektis en de zorgverzekeraars veel (ict-)impact. Om deze reden is besloten de consumentenomschrijving van overige zorgproducten met meer dan 200 tekens, in te korten. Daarmee sluit deze aan bij het aantal posities van de dbc-zorgproducten. In een aantal gevallen blijkt dit niet mogelijk zonder ingrijpende herziening van de consumentenomschrijvingen, waarbij opnieuw gekeken wordt naar de normen voor begrijpelijkheid in relatie tot de medische inhoud van de zorgactiviteit.

3.2.19 Wijzigen zpk-code van za's 033253, 033257 tot en met 033259

Referentienummer: 202481

Aanleiding en verzoek

Bij de toekenning van zorgprofielklassen aan zorgactiviteiten maakt de NZa gebruik van de indeling van verrichtingen binnen (inter)nationale verrichtingenclassificaties. Tijdens een interne controle door de NZa bleek dat de zorgprofielklassen, gekoppeld aan de zorgactiviteiten voor het inbrengen dan wel verwijderen van een intracardiale pacemaker en de zorgactiviteiten voor het verwijderen van endocardiale elektroden, niet juist zijn toegekend.

Oplossingsrichting

De zorgactiviteitentabel wordt hiervoor aangepast. De wijzigingen hebben geen impact op de afleiding van de zorgactiviteiten binnen de productstructuur. Daarin staan ze al goed:

- Van zorgactiviteit Complexe transveneuze verwijdering van een implanteerbare intracardiale pacemaker met gebruik van specifieke extractietools (033253) wijzigt de zorgprofielklasse van 6 in 5.
- Van zorgactiviteit Complexe transveneuze verwijdering van endocardiale elektroden van een pacemaker met gebruik van specifieke extractietools (033257) wijzigt de zorgprofielklasse van 5 in 6.
- Van zorgactiviteit Complexe transveneuze verwijdering van endocardiale elektroden van een subcutane automatische defibrillator (AICD) met gebruik van specifieke extractietools (033258) wijzigt de zorgprofielklasse van 5 in 6.
- Van zorgactiviteit Inbrengen implanteerbare intracardiale pacemaker (033259) wijzigt de zorgprofielklasse van 6 in 5.

3.2.20 Aanpassen knooppuntnamen en medische omschrijvingen in zorgproductgroep 192001

Referentienummer: 202482

Aanleiding en verzoek

Wanneer bij problemen met een gewrichtsprothese de prothese wordt verwijderd en binnen hetzelfde subtraject bijvoorbeeld ook een arthrotomie (zorgactiviteit 038540) plaatsvindt dan leidt het subtraject af naar:

- dbc-zorgproduct Heup | Oper zonder wegnemen gewrichtsprothese (zeer) zwaar | Letsel complicatie behandeling (192001011)
- dbc-zorgproduct Knie | Oper zonder wegnemen gewrichtsprothese (zeer) zwaar | Letsel complicatie behandeling (192001019)
- dbc-zorgproduct Ov gewrichten (excl heup/ excl knie) | Oper zonder wegnemen gewrichtsprothese (zeer) zwaar | Letsel complicatie behandeling (192001031)

In de (medische) omschrijving van deze dbc-zorgproducten wordt gesproken over 'zonder wegnemen van gewrichtsprothese' terwijl dit een enkele keer - zoals hierboven geschetst - wel het geval zal zijn.

Oplossingsrichting

In de drie diagnosetakken voor Heup, Knie en Overige gewrichten (excl heup/ excl knie) worden de knooppuntnamen van de afleidingen naar de dbc-zorgproducten 192001011, 192001019 en 192001031 aangepast van 'Oper zonder wegnemen gewrichtsprothese (zeer) zwaar' in 'Oper (zeer) zwaar'. Ook de medische omschrijvingen van de dbc-zorgproducten (die uit de knooppuntnamen volgen) worden hierop aangepast. De tekst '... zonder wegnemen gewrichtsprothese...' wordt dus uit de omschrijvingen verwijderd. De reden voor deze aanpassingen is dat in de betreffende dbc-zorgproducten ook subtrajecten kunnen landen waarbij in één en hetzelfde subtraject naast een operatie zonder wegnemen van een gewrichtsprothese ook een gewrichtsprothese kan zijn verwijderd.

In dergelijke gevallen correspondeerde de dbc-zorgproductomschrijvingen niet met de verleende zorg.

3.2.21 Nieuw overig zorgproduct vanwege wijziging routing doorverwijzing bevolkingsonderzoek borstkanker

Referentienummer: 202486

Aanleiding en verzoek

Per 1 juli 2017 is de routing van doorverwijzen voor het bevolkingsonderzoek borstkanker gewijzigd. Hierdoor wordt de patiënt door de huisarts rechtstreeks verwezen naar de radioloog (in plaats van naar de chirurg). De radioloog doet vervolgens de intake, de onderzoeken en bespreekt de uitslag met de patiënt indien er geen/benigne afwijkingen zijn. Er is dan geen verdere behandeling noodzakelijk. Voor de intake en het bespreken van de uitslag is geen registratie- en declaratiemogelijkheid.

Oplossingsrichting

Per 2019 wordt een nieuw overig zorgproduct aangemaakt uit de categorie 'Eerstelijnsdiagnostiek' (tarieftype 20) voor de intake en bespreking van het onderzoek door de radioloog waarbij geen verder onderzoek en/of behandeling nodig is. De omschrijving van het nieuwe overig zorgproduct wordt: Consult radioloog na beeldvormend onderzoek na BI-RADS 0 (B0) uitslag, niet gevolgd door aanvullend onderzoek of behandeling (086910).

3.2.22 Aanpassen afsluitregels incongruentie genderidentiteit en orgaantransplantatietrajecten

Referentienummer: 202494

Aanleiding en verzoek

De afsluitregels incongruentie genderidentiteit (1.0000.10) en orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie) (2.0000.4) stellen dat subtrajecten voor fases van het conservatieve deel van de genderzorg respectievelijk orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie) een looptijd van 120 dagen hebben, tenzij binnen 120 dagen een volgende fase start. In de technische uitwerking bleken voor deze afsluitregels enkele situaties niet te zijn opgenomen, waardoor een fase volgens de algemene afsluitregels afgesloten kon worden.

Oplossingsrichting

De technische uitwerking wordt aangepast, zodat subtrajecten voor fases van het conservatieve deel van de genderzorg en subtrajecten voor fases van orgaantransplantatietrajecten (exclusief hart-, long- en hartlongtransplantatie) altijd een standaard looptijd van 120 dagen hebben, tenzij er eerder een volgende fase start.

3.2.23 Twee nieuwe zorgactiviteiten (als ozp) voor aandoeningendiagnostiek zintuiglijke gehandicaptenzorg

Referentienummer: 202501

Aanleiding en verzoek

Aandoeningendiagnostiek wordt binnen de zintuiglijke gehandicaptenzorg (zg-zorg) tot op heden altijd gedeclareerd op basis van de Prestatie- en tariefbeschikking Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Het Zorginstituut Nederland heeft in april 2016 richting de zg-aanbieders aangegeven dat aandoeningendiagnostiek geen zg-zorg betreft, maar medisch-specialistische zorg (msz).

Oplossingsrichting

Om deze vorm van diagnostiek net als msz te bekostigen, worden twee overige zorgproducten aangemaakt. Deze raken een aantal onderdelen van de systematiek:

Zorgactiviteiten

- Multidisciplinaire diagnostiek zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum (190001)
- Multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een Tertiair oogheelkundig centrum (190002)

Overig zorgproduct (ozp)

Het uurtarief voor zg visueel in 2018 is € 140,55. Dit is de basis voor de tarieven van de ozp's 190001 en 190002 en deze wordt geïndexeerd naar 2019.

Regelgeving

De ozp's worden vanaf 2019 specifiek beschreven in de Nadere Regel (opvolger van NR/REG 1816).

Aan artikel 29 (ozp's uit de categorie overige verrichtingen) worden specifieke prestatiebeschrijvingen toegevoegd:

- Multidisciplinaire diagnostiek gericht op een vermoeden van een complexe en/of zeldzame oogaandoening (vallend onder de definitie voor weesaandoeningen: prevalentie is minder dan 1 op 2000). De patiënt wordt door een medisch specialist voor diagnostiek overgedragen naar een gespecialiseerd centrum voor zintuiglijk gehandicapten. De diagnostiek omvat oogheelkundig, orthoptisch, beeldvormend, functie- of elektrofysiologisch en oogbewegingsonderzoek, inclusief adviesgesprek. De betrokken disciplines zijn: Oogarts, Klinisch Fysicus, Orthoptist, GZ-/Neuropsycholoog (190001)
- Multidisciplinaire diagnostiek gericht op een vermoeden van cerebrale visusstoornissen. De patiënt wordt door een medisch specialist overgedragen voor diagnostiek naar een gespecialiseerd centrum voor zintuiglijk gehandicapten. De diagnostiek omvat onder meer oogheelkundig- en functieonderzoek en psychologisch en ergotherapeutisch onderzoek, inclusief multidisciplinair overleg en adviesgesprek. De betrokken disciplines, met een minimumaantal van drie disciplines, zijn: Oogarts, Orthoptist/Optomist (minimaal één oogheelkundige discipline is verplicht), gz-psycholoog/Neuropsycholoog (verplicht), Maatschappelijk Werkende en Ergotherapeut (190002)
- Artikel 34d (declaratiebepalingen ozp's uit de categorie overige verrichtingen). Multidisciplinaire diagnostiek binnen een tertiair oogheelkundig centrum. Voor de prestatie 'Multidisciplinaire diagnostiek zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum' en 'Multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een tertiair oogheelkundig centrum' is een maximumtarief vastgesteld. Er geldt een tariefeenheid van een uur. De declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden per prestatie per kalenderdag en het daarbij gehanteerde tarief. Indien het totaal aan declarabele tijd per kalenderdag geen veelvoud van een uur beslaat, vindt afronding plaats op de dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Voor de tijdregistratie geldt de patiëntgebonden tijd van de onder artikel 29 genoemde disciplines.

De ozp's worden per 2019 ingevoerd, op basis van een uurtarief, conform de huidige wijze van bekostiging binnen zg-zorg. Voor 2018 geldt dat aandoeningendiagnostiek conform de huidige regelgeving via zg-prestaties mag worden gedeclareerd.

3.2.24 Za Nasopharyngoscopie (039116) verplaatsen naar een ander knooppunt

Referentienummer: 202507

Aanleiding en verzoek

Bij de NZa zijn signalen binnengekomen waaruit blijkt dat de registratie van zorgactiviteit Nasopharyngoscopie (039116) tot een andere afleiding leidt dan de registratie van zorgactiviteit Nasendoscopie (039115).

Oplossingsrichting

Het verschil in afleiding tussen zorgactiviteit 039116 en zorgactiviteit 039115 wordt opgeheven.

- In zorgproductgroep Nieuwvormingen – Maligne neoplasmata lip, mond-, keelholte en hals (029299) wordt zorgactiviteit 039116 verplaatst van groep 1.8 'Ov diagnostiek' naar 1.10 'Routine onderzoek/ingreep licht' zodat beide zorgactiviteiten afleiden naar een licht ambulante zorgproduct.
- In zorgproductgroep Symptomen, afwijkende klin. bevindingen en lab uitslagen – Spraak en stemaandoeningen (189999) worden beide zorgactiviteiten in groep 1.10 'Routine onderzoek/ingreep licht' geplaatst, waardoor beide zorgactiviteiten afleiden naar een licht ambulante zorgproduct.

3.2.25 Zorgactiviteit 031800 – paracentese trommelvlies producttyperend uitvragen

Referentienummer: 202509

Aanleiding en verzoek

Zorgactiviteit Paracentese trommelvlies in combinatie met diagnose 17 (Vertigo) (031800) leidt tot uitval. Patiënten met de aandoening Benigne Paroxysmale Positie Duizeligheid (BPPD) worden soms behandeld middels een paracentese. Verzocht wordt om de uitval te verhelpen.

Oplossingsrichting

Om uitval te voorkomen wordt zorgactiviteit Paracentese trommelvlies (031800) geëxcludeerd in beslisboom Oor en processus mastoideus - Aandoeningen van oor (incl. congenitaal) (089999) waardoor de zorgactiviteit in combinatie met diagnose 17 (Vertigo) niet tot uitval leidt. Op basis van de rest van het profiel leidt het af naar een declarabel zorgproduct.

3.2.26 Aanpassen definitie telemonitoring in de regelgeving

Referentienummer: 202521

Aanleiding en verzoek

In de medisch-specialistische zorg kunnen patiënten worden gemonitord om de effectiviteit van een behandeling te beoordelen of om afwijkende klinische waarden te signaleren, zodat ernstige complicaties worden voorkomen. Bij welke patiëntengroepen telemonitoring een doelmatige manier van zorgverlening is, is niet altijd onderzocht.

Voordat een zorgaanbieder telemonitoring aanbiedt aan zijn patiënten en de zorgverzekeraar dit vergoedt, dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een bewuste afweging te maken van of de monitoring verzekerde zorg is.

Het dbc-systeem biedt mogelijkheden om telemonitoring te bekostigen. Voor het monitoren van patiënten op afstand kan de zorgactiviteit telemonitoring geregistreerd worden. Deze zorgactiviteit is een registratieve zorgactiviteit, wat betekent dat de kosten van deze zorg gedekt moeten worden in producten die wel afleiden tot een declarabel dbc-zorgproduct.

De huidige zorgactiviteit telemonitoring is gedefinieerd als het 'continu' elektronisch versturen van klinische parameters (gewicht, bloeddruk et cetera) door patiënten vanuit de thuissituatie aan het ziekenhuis. Waarbij het ziekenhuis deze gegevens analyseert en alleen indien noodzakelijk interventies pleegt. Telemonitoring omvat dus zowel de analyse van gegevens als de daaruit voortkomende interventies. Deze brede definitie leidt ertoe dat er vaak geen andere zorgactiviteiten geregistreerd kunnen worden naast de zorgactiviteit telemonitoring. Er ontstaat in die situaties uitval, omdat registratie van alleen telemonitoring niet afleidt tot een declarabel product.

Oplossingsrichting

De NZa past per 2019 de definitie in de regeling medisch-specialistische zorg zo aan dat het wel mogelijk is om de interventies naast de zorgactiviteit telemonitoring te registreren. Deze interventies betreffen vaak herhaalpolikliniekbezoeken (fysiek, bel-en/of schriftelijk). Er kan dan vaker een dbc-zorgproduct worden afgeleid.

De definitie in de regelgeving wordt:

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 analyseren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstuurt naar de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal een keer per subtraject geregistreerd waarin deze monitoring plaatsvindt.

3.2.27 Toevoegen diagnoses 313.271 en 313.299 aan afsluitregel 2.0000.9

Referentienummer: 202527

Aanleiding en verzoek

Sinds 1 januari 2017 is een nieuw zorgproduct Plasmafiltratie/LDL-afereze (140301074) aangemaakt voor de behandelingen plasmafiltratie en LDL-afereze bij volwassenen (zie hiervoor wijzigingsverzoek 202215). Met deze wijziging is voor volwassenen een vergelijkbaar product als voor kinderen aangemaakt. Dit zorgproduct wordt net als bij kinderen, afgeleid indien precies drie keer een zorgactiviteit LDL-afereze (039117) en/of zorgactiviteit Plasmafiltratie (192057) wordt geregistreerd in een niet-klinische setting. Een speciale afsluitregel zorgt ervoor dat het zorgtraject na drie geregistreerde behandelingen wordt afgesloten (regel 2.0000.9 kindergeneeskunde en inwendige geneeskunde plasmafiltratie en LDL-afereze).

We hebben geconcludeerd dat naar aanleiding van wijzigingsverzoek 202215, alleen de diagnoses behorend bij plasmafiltratie zijn opgenomen in de afsluitregel. Het gevolg is dat, hoewel het nieuwe zorgproduct 140301074 bedoeld is voor exact drie behandelingen met plasmafiltratie óf LDL-afereze, het zorgtraject in het geval van LDL-afereze en een diagnose 313.271 of 313.299 niet afsluit na drie behandelingen, maar open blijft staan. Indien er in dit zorgtraject meer dan drie behandelingen worden geregistreerd, wordt vervolgens niet het beoogde zorgproduct 140301074 afgeleid, maar een lichter ambulante zorgproduct.

Oplossingsrichting

De uitwerking van de eerdere wijziging (wijzigingsverzoek 202215) is niet consequent toegepast. Het nieuwe zorgproduct 140301074 is bedoeld voor beide type behandelingen (plasmafiltratie en LDL-afereze). De diagnoses waarop de bijbehorende afsluitregel van toepassing is, dienen dan ook op beide behandelingen betrekking te hebben. Om deze reden voegen wij de diagnoses 313.271 Primaire dyslipidemie en 313.299 Overige endocriene en metabole aandoeningen, toe aan afsluitregel 2.0000.9 (kindergeneeskunde en inwendige geneeskunde plasmafiltratie en LDL-afereze).

3.2.28 Aanpassing omschrijving 039579 vervolgbehandeling

Referentienummer: 202531

Aanleiding en verzoek

In de omschrijving van zorgactiviteit 039579 wordt alleen de klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde genoemd, terwijl deze verrichting ook door een verpleegkundig specialist of physician assistant uitgevoerd mag worden. De wetenschappelijke verenigingen Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en de Nederlandse Internisten Vereniging hebben een verzoek gedaan om 'klinisch geriater of internist' te verwijderen uit de omschrijving van zorgactiviteit 039579 zodat taakherschikking mogelijk wordt.

Oplossingsrichting

De omschrijving van zorgactiviteit Vervolgbehandeling uitgevoerd door klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde na een eerder door hen uitgevoerd CGA (039579) wordt met de RZ19a gewijzigd in Vervolgbehandeling na een eerder uitgevoerd CGA. Hierdoor kan deze verrichting naast een klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde ook uitgevoerd worden door een verpleegkundig specialist of physician assistant.

3.2.29 Specifiek declarabel maken van zorgactiviteit Draagbare uitwendige cardioversiedefibrillator (LifeVest) (190668)

Referentienummer: 202534

Aanleiding en verzoek

Verschillende keren per jaar wordt een LifeVest aangemeten. Daar is zorgactiviteitscode Draagbare uitwendige cardioversiedefibrillator (LifeVest) (190668) voor, die valt onder zorgprofielklasse 13 Bijzondere kunst- en hulpmiddelen. Deze zorgactiviteit is niet bepalend voor de declaratie, ondanks de hoge kosten die ermee gemoeid zijn. Het LifeVest wordt toegepast bij patiënten die wachten op de implantatie van een Implanterbare Cardioverter Defibrillator (ICD) of bij wie plaatsing van ICD niet mogelijk is. Door het LifeVest kan de patiënt naar huis en is een klinische opname niet nodig.

Oplossingsrichting

Omdat de opname van deze zorg binnen een dbc-zorgproduct tot te grote kosteninhomogeniteit leidt en de toepassing onderdeel van het profiel van een groot aantal dbc-zorgproducten kan zijn, is de mogelijkheid geïntroduceerd om de kosten van het draagbare device als overig zorgproduct (supplementair product add-on overig, tarief type 14, niet gereguleerd tarief, eenmalige declaratie) te declareren.

In artikel 34a (declaratiebepalingen supplementaire producten) van de Regeling medisch-specialistische zorg wordt de volgende declaratiebepaling opgenomen: De draagbare uitwendige cardioversie-defibrillator (LifeVest) (190668) mag eenmalig per patiënt in rekening worden gebracht bij uitgifte van de uitwendige cardioversie-defibrillator.

3.2.30 Nieuwe za, voor declaratie van intensief multidisciplinair behandelprogramma bij therapieresistente lage rugklachten

Referentienummer: 202539

Aanleiding en verzoek

Er ontbreekt een passende registratie- en declaratiemogelijkheid voor het RealHealth-programma gericht op chronische, therapieresistente specifieke lage rugklachten. Het programma is gebaseerd op een intensieve, multidisciplinaire begeleiding, waarbij patiënten een aaneengesloten periode op locatie verblijven. Voor dit verblijf wordt de za-code voor Zorghotel-overnachtingen (Zotel) geregistreerd. Voor de inhoudelijke behandeling ontbreekt echter een za-code.

Oplossingsrichting

Om te zorgen voor een passende registratie en declaratie stellen we de volgende nieuwe zorgactiviteit voor: Behandel dag voor intensief multidisciplinair pijnmanagement bij chronische aspecifieke rugklachten (190927).

Deze leidt af naar bestaande zorgproducten voor klinische conservatieve behandelingen.

- Wervelkolom (excl HNP) | Klin kort | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (131999054)
- Wervelkolom (excl HNP) | Klin (zeer) lang | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (131999076)
- Wervelkolom (excl HNP) | Klin middel | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (131999077)

De omschrijving van deze zorgproducten wordt gewijzigd, waarbij de term klinisch (Klin) wordt vervangen door 'klinisch / intensieve multidisciplinaire behandel episode'.

3.2.31 Aanpassen omschrijving zorgactiviteitcodes 038463 en - 64 voor (re)spondylodese via 1 of meerdere incisies

Referentienummer: 202545

Aanleiding en verzoek

De huidige omschrijvingen bij de zorgactiviteitcodes voor circumferente (re)spondylodese (038463 en 038464) sluiten niet goed aan bij de praktijk. Hierdoor kunnen nu onbedoeld zwaardere prestaties in rekening worden gebracht. Het knelpunt is dat in de huidige omschrijvingen onderscheid wordt gemaakt tussen een circumferente (re)spondylodese met 1 incisie (038463) en met 2 of meer incisies (038464). Dit terwijl het zwaarteverschil, dat hierin eigenlijk tot uitdrukking moet komen meer zit in het aantal benaderingen, waarbij dan per benadering (via de voorzijde, achterzijde, zijkant of schuin) meerdere incisies kunnen worden gemaakt. Een ingreep met twee benaderingen (bijvoorbeeld eerst via de buikzijde en dan via de rugzijde) is beduidend zwaarder dan een ingreep via één benadering. Vanuit de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie hebben wij om deze reden een verzoek ontvangen om de tekst hiervoor aan te passen.

Oplossingsrichting

In beide codes voor circumferente (re)spondylodese wordt een tekstuele correctie doorgevoerd en de term 'incisie(s)' vervangen door 'benadering(en)'. De omschrijving van zorgactiviteit 038462 waarin naar deze zorgactiviteiten wordt verwezen, wordt ook aangepast.

3.2.32 Nieuwe za-codes voor Microwave-, Cryo- en IRE-ablatie

Referentienummer: 202550

Aanleiding en verzoek

Er zijn voor interventieradiologie twee soorten ablaties: RF-ablatie (080058) en Laserablaties (080059). In de loop van de tijd zijn er meerdere soorten ablaties beschikbaar gekomen waarvoor geen passende zorgactiviteiten zijn. In het wijzigingsverzoek wordt gevraagd om drie nieuwe zorgactiviteiten voor de volgende ablaties: Microwave-ablatie, Cryo-ablatie en IRE-ablatie.

Oplossingsrichting

Er worden drie nieuwe zorgactiviteiten geïntroduceerd:

- Microwave-ablatie (080060)
- Cryo-ablatie (080061)
- IRE-ablatie (nanoknife) (080062)

De nieuwe zorgactiviteit 080060 krijgt een oranje aanspraakcode (2601) voor resectabele colorectale levermetastasen naar aanleiding van de duiding van het Zorginstituut. Het standpunt van Zorginstituut Nederland (publicatie september 2017) hierin is: thermale-ablatie bij resectabele colorectale levermetastasen voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk (zie wijzigingsverzoek 202575).

De nieuwe zorgactiviteiten kunnen naar de volgende dbc-zorgproducten afleiden:

Microwave-ablatie

- Overige maligniteit abdomen | Oper galblaas/ pancreas/ lever (zeer) zwaar | Zonder VPLD/ Met VPLD 1-28 | Nieuwv maligne spijsvertering (29199215)
- 029199214 Overige maligniteit abdomen | Oper galblaas/ pancreas/ lever (zeer) zwaar | Met VPLD >28 | Nieuwv maligne spijsvertering
- Ther bronchoscopie met lasercoagulatie/ PTA/ Embolisatie vaten | Zonder plaatsen bronchiale/ pulmonale stent | Nieuwv maligne ademh/intrathor org (029099086)
- Maligniteit nier/ urineweg (excl blaas) | Oper laparoscopisch zeer zwaar/ - middel/ RF-ablatie | Zonder lymfklieroperatie | Met VPLD | Nieuwv maligne nier/urineweg (020110015)
- Ablatie | Radiologie (990062019)

Cryo-ablatie

- Maligniteit nier/ urineweg (excl blaas) | Oper laparoscopisch zeer zwaar/ - middel/ RF-ablatie | Zonder lymfklieroperatie | Met VPLD | Nieuwv maligne nier/urineweg (20110015)
- Ablatie | Radiologie (990062019)
- Prostaatmaligniteit | Oper endoscopisch | Met VPLD | Nieuwv maligne gesl org/prostaat man (020109066)

IRE-ablatie

- Overige maligniteit abdomen | Oper galblaas/ pancreas/ lever (zeer) zwaar | Zonder VPLD/ Met VPLD 1-28 | Nieuwv maligne spijsvertering (029199215)
- Overige maligniteit abdomen | Oper galblaas/ pancreas/ lever (zeer) zwaar | Met VPLD >28 | Nieuwv maligne spijsvertering (029199214)
- Ablatie | Radiologie (990062019)
- Prostaatmaligniteit | Oper endoscopisch | Met VPLD | Nieuwv maligne gesl org/prostaat man (020109066)

3.2.33 Wijzigingen in zorgproductgroep 990004

Referentienummer: 202561

Aanleiding en verzoek

De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) heeft bij het maken van de verrichtingenthesaurus bekeken welke voor de plastische chirurgie relevante zorgactiviteiten, aan welke nieuwe verrichtingen in de verrichtingenthesaurus gekoppeld dienen te worden. Hierbij is ook gekeken of de combinaties van diagnosetypering en zorgactiviteiten die in de huidige dbc-productstructuur van de plastische chirurgie afleiden naar zorgproducten, voldoende passend zijn. Hierbij kwam naar voren dat een aantal van deze combinaties onjuist is of ontbreekt. Dit betekent dat zorgactiviteiten die uitgevoerd worden bij een bepaalde diagnosetypering, in combinatie met die diagnose niet altijd afleiden naar een zorgproduct, met uitval tot gevolg. De NVPC verzoekt daarom om 43 nieuwe combinaties toe te voegen aan de productstructuur van een zorgactiviteit en diagnosetypering, en tevens een aantal bestaande combinaties op te heffen.

Oplossingsrichting

De NZa heeft de voorgestelde wijzigingen inhoudelijk beoordeeld, en concludeert dat het merendeel van de voorgestelde wijzigingen legitiem is. Het gaat dan om het zorgen voor afleiding van een zorgactiviteit in combinatie met een hierbij passende diagnosetypering, en daarmee het zorgen voor afleiding naar een passend zorgproduct.

Vier van de 43 verzoeken honoreren wij niet, omdat de voorgestelde combinatie van diagnose en zorgactiviteit ertoe leidt dat een zorgactiviteit zorgt voor afleiding naar een onvoldoende passend en te zwaar zorgproduct. De resterende 39 verzoeken worden gehonoreerd, omdat de voorgestelde combinatie van zorgactiviteit en diagnosetypering als legitiem is beoordeeld. Op deze manier wordt onbedoelde uitval voorkomen.

3.2.34 Verwijderen van omschrijvingsvelden voor zorgactiviteiten en diagnosetypering in de wachttijdentabel

Referentienummer: 202570

Aanleiding en verzoek

De wachttijdentabel moet elke release worden geactualiseerd als omschrijvingen van zorgactiviteiten en diagnoses wijzigen. Dit is verwarrend voor iedereen die met deze tabel werkt, omdat het geen inhoudelijke wijzigingen van de te rapporteren wachttijden betreft.

In afstemming met de leden van het ict-overleg is geconstateerd dat ict-leveranciers de omschrijvingen binnen de wachttijdentabel niet gebruiken en dat daarmee de omschrijvingsvelden voor zorgactiviteitcode en diagnosetypering niet essentieel zijn voor deze tabel.

Oplossingsrichting

De kolommen 'Diagnosetypering_omschrijving' en 'Zorgactiviteit_omschrijving' worden verwijderd uit de wachttijdentabel. De wachttijdentabel wordt binnen deze release in de nieuwe structuur opgeleverd met voor alle records een mutatiecode '1'.

3.2.35 Aanspraakcode 2601 toekennen aan za (Re)spondylodese (038462)

Referentienummer: 202574

Aanleiding en verzoek

Zorginstituut Nederland heeft geoordeeld dat dynamische spondylodese bij lumbale spondylolisthesis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De dynamische lumbale spondylodese kan geregistreerd en gedeclareerd worden met zorgactiviteit 038462 - (Re)spondylodese 2 wervels, fixatie voorste- of achterste pijlers van C2-C3 of van lager gelegen wervels (voor circumferent via 1 incisie zie 038463). Zorgactiviteit 038462 had geen aanspraakbeperking.

Oplossingsrichting

Wanneer zorgactiviteit Dynamische lumbale spondylodese (038462) wordt geregistreerd bij een lumbale spondylodese van één segment, is deze zorgactiviteit voorzien van aanspraakcode 2601: onder voorwaarde verzekerde zorg.

Za Tumorablatie (039690) krijgt oranje aanspraakcode (2601)

Referentienummer: 202575

Aanleiding en verzoek

Thermale ablatie is een minder invasief alternatief voor chirurgie voor de behandeling van colorectale levermetastasen. Het gaat in de praktijk om twee technieken: radiofrequente-ablatie (RFA) en microwave-ablatie (MWA). Het standpunt van Zorginstituut Nederland (publicatie september 2017) hierin is: thermale-ablatie bij resectabele colorectale levermetastasen voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Radiofrequente-ablatie (RFA)

De bestaande zorgactiviteiten 035240 en 080058 voor radiofrequente-ablatie hebben al de aanspraakcode 2601: onder voorwaarde verzekerde zorg.

Microwave-ablatie (MWA)

Microwave-ablatie kan geregistreerd worden met bestaande zorgactiviteit Tumorablatie (039690). Deze zal had geen aanspraakbeperking. Voor radiologie is voor microwave-ablatie met wijzigingsverzoek 202550 een nieuwe zorgactiviteit aangevraagd.

Geconcludeerd is dat geen actie nodig is voor zorgactiviteiten voor radiofrequente-ablatie. Zorgactiviteiten waarmee microwave-ablatie kan worden geregistreerd moeten voorzien worden van aanspraakcode 2601.

Oplossingsrichting

Om inzichtelijk te maken dat het om onverzekerde zorg gaat wanneer met za 039690 en de nieuwe za Microwave-ablatie (080060) door een radioloog microwave-ablatie bij resectabele colorectale levermetastasen wordt geregistreerd, is aan onderstaande zorgactiviteiten aanspraakcode 2601 toegekend:

- bestaande zorgactiviteit Tumorablatie (zie 035240 voor RF-ablatie aandoening lever of 035241 voor cryo-ablatie aandoening lever) (039690);
- de nieuwe zorgactiviteit microwave-ablatie (zie wijzigingsverzoek 202550) door een radioloog (080060).

Daarnaast is zorgactiviteit 039690 producttyperend uitgevraagd in zorgproductgroepen 020110, 029099 en 029199 (uitvalreductie).

3.2.36 Aanpassen tarief, regelgeving en omschrijving van ozp nazorg altruïstische donor

Referentienummer: 202579

Aanleiding en verzoek

Per 1 januari 2018 is het overig zorgproduct Laboratoriumonderzoeken ten behoeve van nazorg altruïstische donor (079970) geïntroduceerd. Dit overig zorgproduct dient ter dekking van de laboratoriumonderzoeken die jaarlijks ter nazorg aan altruïstische en familiale donoren worden geleverd. Voor het jaar 2019 wordt nog een aantal wijzigingen doorgevoerd ten aanzien van dit overig zorgproduct.

Oplossingsrichting

De omschrijving van het overig zorgproduct wordt zo aangepast dat direct duidelijk is dat het overig zorgproduct Labonderzoeken ten behoeve van nazorg altruïstische donor, ook gedeclareerd mag worden voor labonderzoeken ten behoeve van nazorg aan familiale donoren. Dit blijkt wel uit de regelgeving, maar niet uit de omschrijving van het overig zorgproduct.

Per abuis zijn we vergeten om het ordertarief voor klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken mee te nemen in het overig zorgproduct. Per 2019 wordt het tarief van het overig zorgproduct hierop aangepast. Ook wordt in de regelgeving opgenomen dat het ordertarief in geval van nazorg aan altruïstische of familiale donoren per 2019 deel uitmaakt van het overig zorgproduct 079970.

4. Reactie leden Technisch Overleg msz na consultatie

Het consultatiedocument is op 12 oktober 2017 ter consultatie voorgelegd aan de leden van het TO msz. De leden hadden tot en met donderdag 19 oktober 2017 om hier op te reageren.

Onderstaande leden (branchepartijen) zijn in de gelegenheid gesteld te reageren:

- ActiZ
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)
- Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Revalidatie Nederland
- SAN Centra voor Medische Diagnostiek (SAN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

4.1 Reacties branchepartijen

De partijen zijn akkoord met het Consultatiedocument, met uitzondering van het onderstaande.

4.1.1 Algemeen

Federatie Medisch Specialisten

Reactie : Voor de RZ19a-release is een aantal wijzigingsverzoeken ingediend door wetenschappelijke verenigingen. Bij een aantal van deze wijzigingsverzoeken heeft de NZa een afwijzend standpunt ingenomen. De inhoudelijke motivatie daarbij is niet altijd in lijn met het verzoek zelf. Daarom maken enkele wetenschappelijke verenigingen inmiddels bezwaar tegen de afwijzingen. Soms is het verzoek in eerste instantie doorgeschoven naar de RZ20a om vervolgens toch te worden afgewezen. Daardoor ontbreken deze wijzigingsverzoeken - inclusief de afwijzing - ons inziens ten onrechte in het overzicht van aanvragen in het Consultatiedocument dbc-release RZ19a v20171003. En tot onze spijt moeten we ook constateren dat een actueel overzicht ontbreekt op de website van 'werken met dbc's': het overzicht dat daar staat is bijgewerkt tot april 2017.

Ten aanzien van wijzigingsverzoek 202510 van het NOG maakt het NOG informeel bezwaar tegen deze afwijzing gezien het belang van de inhoudelijke wijziging en de niet passende motivatie van de NZa. Namens het NOG doen wij vanuit de FMS u dit bezwaar toekomen. Graag wil de FMS samen met de NZa op korte termijn bezien op welke wijze aanvrager(s) en NZa voor een nadere toelichtend gesprek bij elkaar kunnen komen.

Antwoord NZa : De NZa wil graag een aparte afspraak inplannen met het NOG om verder te praten over het informele bezwaar. Het overzicht met wijzigingsverzoeken op de website is inmiddels geactualiseerd tot en met oktober 2017.

Federatie Medisch Specialisten

Reactie : De FMS hecht er zeer aan dat het Consultatiedocument dbc-release RZ19a v20171003 wordt aangevuld met die wijzigingsverzoeken die door de NZa om verschillende redenen in de afgelopen maanden zijn doorgeschoven naar de RZ20a, maar waarvan reeds bekend is dat ze deels worden afgewezen dan wel nog in behandeling zijn. De FMS is van mening dat het niet juist is dat deze verzoeken, ondanks tijdige aanlevering, niet zichtbaar zouden zijn terwijl de reden van doorverwijzing naar de RZ20 soms te maken heeft met de werkload bij de NZa en niet op basis van inhoudelijke gronden. In de praktijk betekent dit dat er soms maar een kort tijdsverschil zit tussen afwijzingen voor de RZ19 (wel genoemd in het document) en de afwijzing na doorschuiven voor de RZ20 (niet genoemd in het document). Het betreft de volgende wijzigingsverzoeken:

202413	202216	202419	202524	202549	202568
202470	202287	202462	202538	202551	202569
202510	202295	202513	202540	202560	202573
201725	202371	202514	202542	202562	
201888	202379	202520	202543	202564	
202201	202414	202523	202544	202567	

Antwoord NZa : Het Consultatiedocument dbc-release RZ19a bevat de verzoeken die binnen deze release zijn uitgewerkt of afgewezen. Wij willen ons graag beperken tot deze scope.

In de lijst die door de FMS is toegestuurd staan een aantal (zeven) verzoeken die na de deadline zijn binnengekomen. Deze verzoeken worden automatisch op de RZ20 geplaatst. Een aantal (twaalf) verzoeken is in de bulk binnengekomen net voor de sluiting (30 en 31 mei 2017). Voor alle verzoeken geldt dat binnenkomst binnen een bepaalde release niet betekent dat deze verzoeken ook daadwerkelijk binnen deze release afgehandeld zullen worden. Die intentie is er natuurlijk, maar de complexiteit van een verzoek en de afstemming over een verzoek zijn vaak redenen dat verzoeken niet binnen de voorgestelde release afgehandeld kunnen worden. Het doorschuiven van verzoeken heeft dus zeker niet alleen met de workload te maken, maar ook met de zorgvuldige afstemming die nodig is voor de afhandeling van wijzigingsverzoeken. Wanneer verzoeken in een bulk en net voor een vakantieperiode (juli/augustus) binnenkomen, is afstemming vaak heel lastig of niet te realiseren. Voor de verzoeken die rond de deadline zijn binnengekomen is er bij binnenkomst gekeken of het haalbaar was om deze verzoeken binnen de RZ19a af te handelen. Daar waar direct duidelijk was dat dit niet haalbaar was is er contact geweest met de aanvrager om de aanvrager hiervan op de hoogte te stellen en is het verzoek doorgeschoven naar de RZ20a.

Er is ook een aantal verzoeken die al langer bij ons bekend zijn. Van deze verzoeken is in het algemeen bij jullie bekend waarom ze nog niet zijn uitgewerkt (consultatie Technisch Overleg) en is er contact met de aanvragers over de verzoeken.

Samenvattend zijn wij dus van mening dat we de doorgeschoven verzoeken niet mee moeten nemen in het consultatiedocument om de volgende redenen:

- consultatiedocument betreft uitwerkingen en afwijzingen van de RZ19a;
- aan de aanvrager is teruggekoppeld dat een specifiek wijzigingsverzoek is doorgeschoven naar RZ20a;
- in het Excel document dat maandelijks in het TO geconsulteerd wordt staan de verzoeken van de lopende release en de toekomstige release opgenomen;
- op de website wordt de lijst met wijzigingsverzoeken geplaatst waarbij opgemerkt dat pas bij besluitvorming door de RvB de definitieve release en uitwerking wordt opgenomen;
- vanaf de RZ19a worden ook de afgewezen wijzigingsverzoeken in het consultatiedocument opgenomen.

4.1.2 Wijzigingsverzoek 202373

Federatie Medisch Specialisten

Reactie : De NVU is het niet eens met de afwijzing van dit wijzigingsverzoek. Het betreft inderdaad zeldzame ingrepen. Echter omdat de ingreep niet declarabel is, wordt deze ingreep minder dan mogelijk uitgevoerd en wordt vaker naar andere oplossingen gegrepen, zoals darinterpositie van de ureter, terwijl de patiënt soms beter af is met een autotransplantatie. Als oplossingsrichting wil de NVU dan ook voorstellen om de code van de transplantatie declarabel te maken in een zorgproduct waarin ook de ureteroperatie door middel van darminterpositie, UPJ stenose declarabel zijn.

Antwoord NZa : Het verzoek is inderdaad afgewezen. Belangrijkste reden hiervoor is het kleine aantal patiënten waar deze ingreep bij voorkomt (zie ook de beleidsregel Toetsingskader). Er zijn geen uitspraken van het Zorginstituut over deze zorg, mede doordat het zo weinig voorkomt. Bekostiging kan plaatsvinden via een academische component.

4.1.3 Wijzigingsverzoek 202534

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

Reactie ZN : De draagbare uitwendige cardioversie-defibrillator (LifeVest) (190668) mag eenmalig per patiënt in rekening worden gebracht bij uitgifte van de uitwendige cardioversie-defibrillator. Wij hebben van de leverancier begrepen dat deze verhuurd worden en dat de huurkosten per maand in rekening gebracht worden. De kosten zijn ongeveer € 3000 per maand. Aangezien bij een dergelijk vest de tijd van dragen varieert tussen twee weken en negen maanden, zou een declaratie per maand beter passen. Graag horen we het standpunt van de NZa.

Reactie NFU : In de RZ19a staat onder 3.2.29 Specifiek declarabel maken van zorgactiviteitcode 190668 Draagbaar uitwendige Cardioverter Defibrillator (LifeVest). Er komt een overig zorgproduct die eenmalig in rekening kan worden gebracht bij uitgifte van het LifeVest.

Het LifeVest wordt echter gehuurd (per maand) en zou dan ook per maand dat het device door de patiënt wordt gedragen moeten kunnen worden vastgelegd en gedeclareerd. De spreiding in het dragen van dit LifeVest tussen patiënten is groot: van twee weken tot acht maanden.

Antwoord NZa op
reactie ZN en
NFU

- : Wij begrijpen dat het om huur per maand gaat. We hebben de optie overwogen om een prestatie voor gebruik per maand te introduceren. Desondanks heeft een prestatie (en vergoeding) per 'verstrekking' de voorkeur, vanwege de volgende afwegingen:
- We hebben van twee verschillende instellingen die betrokken waren bij de aanvraag, de informatie ontvangen dat het gemiddeld om een gebruikperiode van circa drie maanden gaat. De vergoeding hiervoor lijkt, met een vrij tarief, daarmee uit te middelen.
 - Er bestaat reeds een registratiecode voor het LifeVest (waaraan kosten worden toegerekend). Deze code wordt vastgelegd bij uitgifte van het LifeVest. Introductie van een prestatie voor de verhuur zou het introduceren van een nieuwe code en afschaffen van de huidige 'materiaalcode' betekenen, wat de continuïteit van registratie niet ten goede komt.
 - Een bijkomend probleem van het gebruik van een tijdseenheid is de vraag wanneer deze geregistreerd wordt. Het is voorstelbaar dat patiënten niet elke maand dat zij het materiaal gebruiken, gezien worden in het ziekenhuis. Het vastleggen van het gebruik van het materiaal moet dan kunstmatig worden getriggerd in de administratie. Het vastleggen bij uitgifte is eenvoudiger en eenduidiger.
 - Bovendien blijft het ook bij gebruik van een tijdseenheid, lastig om de exacte periode van gebruik te matchen met de tijdseenheid in de prestatie. Voorbeeld: leg je bij gebruik van twee weken (of een gedeelte van een maand) een volledige maand gebruik vast. Ook hierbij zal sprake zijn van gemiddelde kosten (per maand).

Bij een vergoeding per verstrekking lijkt de last van registratie en declaratie het kleinst. We gaan ervan uit dat, met de mogelijkheid van een vrij tarief, er passende afspraken zijn te maken over de vergoeding bij gemiddeld gebruik van dit materiaal.

Bijlage 1: Afgewezen wijzigingsverzoeken

In deze bijlage staan de wijzigingsverzoeken die de NZa voornemens is om af te wijzen. Daarbij is per wijzigingsverzoek aangegeven waarom het voornemen bestaat om het verzoek niet te verwerken in de release. Alle wijzigingsverzoeken zijn beoordeeld aan de hand van BR/REG-18121. In dit document vindt u meer informatie over de regels (het kader) dat de NZa toepast bij het beoordelen van een wijzigingsverzoek.

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202222	Herdefiniëren trombosezorg	<p>In 2015 is door de FNT (Federatie van Nederlandse Trombosediensten) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een verzoek ingediend voor aanpassing van de productstructuur voor trombosezorg. Aanvragers hebben destijds aangeven zelf in overleg met de verschillende betrokken partijen met een concreet voorstel te willen komen. In 2016 bleek er nog geen voorstel te zijn en is het verzoek daarom in overleg met partijen doorgeschoven naar de RZ19a.</p> <p>In maart 2017 is opnieuw contact opgenomen met de FNT. FNT geeft aan dat er inmiddels is geconstateerd dat men met de huidige structuur uit de voeten kan en er geen wensen voor wijzigingen meer zijn. Het verzoek wordt daarom afgesloten.</p>
202335	Aanvraag zorgactiviteit en declarabel zorgproduct implantatie ascitespomp	<p>Patiënten met therapie refractaire ascites die ongeschikt zijn voor de plaatsing van een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPS) kunnen een pomp geïmplantéerd krijgen om ascites weg te pompen naar de urineblaas. Op deze manier wordt voorkomen dat de patiënten met grote regelmaat (1 x per 2/3 weken) een hoog volume paracentese moeten ondergaan. Hierdoor vermindert het risico op infecties en hepatorenaal syndroom en wordt een pijnlijke procedure voorkomen. Voor het implanteren van de pomp en alle kosten die daarmee gemoeid zijn, is momenteel geen dbc-zorgproduct, zorgactiviteitcode en declaratiecode beschikbaar.</p> <p>De behandeling betreft een innovatieve methode. Op basis van artikel 5.4.1 van BR/REG-18121 wordt het wijzigingsverzoek afgewezen. De aanvraag betreft zorg die valt onder de reikwijdte van de beleidsregel geldend voor innovatie.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202348	Behandeling duikongevallen in een decompressietank	<p>Sinds het Duikmedisch Centrum (DMC) van de Marine in Den Helder een aantal jaren geleden de opvang van duikslachtoffers heeft beëindigd, is de opvang van duikslachtoffers in de praktijk terecht gekomen bij het Academisch Medisch Centrum en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). De tarieven die gehanteerd worden zijn overgenomen van het DMC. Tot en met 2012 heeft het DMC deze tarieven afgesproken met de zorgverzekeraars (in het verlengde van de tarieven van het vroegere Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg - COTG). Vanaf 2013 zijn de tarieven door het DMC niet meer onderhandeld en ook niet aangepast door de zorgverzekeraars. In de praktijk worden deze tarieven nog steeds gehanteerd voor de facturatie van decompressiebehandelingen. De zorgverzekeraars vergoeden de behandeling in de vorm van een coulancebetaling.</p> <p>Jaarlijks worden er ongeveer 10 tot 12 duikongevallen (met decompressieziekte) behandeld in de hyperbare behandelkamer. De spoedeisende hulp (SEH) van het ADRZ (met als achterwacht het Medisch Centrum Hyperbare Zuurstoftherapie afgekort MCHZ) staat 24/7 klaar voor de opvang van de duikslachtoffers.</p> <p>Artikel 5.4.1 van het Toetsingskader dbc-systeem geeft aan dat sprake is van een niet noodzakelijke wijziging indien het probleem, zoals geschetst in de aanvraag, op een andere wijze dan een wijziging in het dbc-systeem opgelost kan worden. Zoals via de contractering.</p> <p>Gezien het lage aantal jaarlijkse behandelingen en de coulancebetaling die al bestaat, is het mogelijk om het probleem via de contractering op te lossen. Daarmee is sprake van een niet noodzakelijke wijziging. Het verzoek wordt om die reden afgewezen.</p>
202366	Verplaatsen van coeliakie naar overige MDL	<p>Verzoek van de aanvrager is om de zorgproducten coeliakie/IBD (Inflammatory Bowel Disease = Inflammatoire darmziekte, dat wil zeggen Crohn of colitis) van de Kindergeneeskunde: Maag-, Darm- en Leverziekten te splitsen.</p> <p>Beide diagnoses komen nu samen in de zorgproducten Coeliakie/ inflamm darmziekten Kindergeneeskunde maag-darm-lever (ZPG 990416). De relatief weinig belastende ziekte coeliakie brengt minder kosten met zich mee dan de ziekte IBD die gepaard gaat met veel morbiditeit. In de huidige structuur komen patiënten met beide aandoeningen in dezelfde zorgproducten terecht, die dus te hoog geprijsd zijn voor coeliakie, en te laag voor IBD.</p> <p>Het verzoek wordt afgewezen. Een van de criteria in het toetsingskader, voor verbijzondering van zorgproducten, is een te grote kosteninhomogeniteit. De huidige CV waarde van de producten geeft geen aanleiding voor aanpassing. Ook is uit verschillende analyses gebleken dat er geen significante verschillen optreden als we deze splitsing doorvoeren.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202369	Aanvraag zorgactiviteit voor 3-D custom-made schedelplaat	<p>Voor de ingreep en voor de custom-made schedelplaat zijn momenteel al registratie- en declaratiemogelijkheden beschikbaar. Het materiaal valt medisch inhoudelijk onder zorgactiviteit 190661 - Custom made schedelplastic op basis van preoperatieve beeldvorming. Hier kunnen dan ook kosten aan toegewezen worden via het kostprijsmodel, wat ook de basis vormt voor de landelijke tarieven in het gereguleerde segment. Voor nieuwere, duurdere behandelingen en materialen, die nog niet in het kostprijsmodel zijn meegenomen, bieden de max-max tarieven ruimte om afspraken te maken over de bekostiging hiervan. Er is om deze reden geen sprake is van een bekostigingsprobleem dat enkel opgelost kan worden met een wijziging in het dbc-systeem. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202373	Aanvraag zorgactiviteit autotransplantatie nier	<p>Het verzoek is om een zorgactiviteit aan te maken voor autotransplantatie nier en hiervoor een nieuw zorgproduct te introduceren of om deze af te laten leiden naar een passend zorgproduct. Het gaat om patiënten met renaal notenkrakersfenomeen, loin pain hematuria of long distance stenosis ureter. Bij de (laparoscopische) autotransplantatie wordt de nier uit haar oorspronkelijke omgeving gehaald, ex vivo geopereerd en teruggezet op een andere plek in het lichaam. Dit kan niet als een "gewone" niertransplantatie worden bestempeld, omdat het een andere categorie patiënten betreft (geen allogene transplantatie).</p> <p>Er is geen sprake van een bekostigingsprobleem. Het betreft kleine aantallen in Nederland (1 tot 2 patiënten per jaar). Er zijn geen uitspraken van het Zorginstituut over deze zorg, mede doordat het zo weinig voorkomt. Bekostiging kan plaatsvinden via een academisch component. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202380	Aanpassen omschrijving zorgactiviteit 192138	<p>Wanneer een thuisbeademingspatiënt klinisch wordt opgenomen voor een polysomnografie (PSG) dan valt dit zorgtraject uit (uitval 990011007). Er is een wijzigingsverzoek ingediend om zorgactiviteit 192138 - Klinisch verblijf chronische beademing op sociaal maatschappelijke indicatie te verbreden, zodat de registratie van zorgactiviteit 039735 - Polysomnografie en zorgactiviteit 192138 - Klinisch verblijf chronische beademing op sociaal maatschappelijke indicatie afleidt naar dbc-zorgproduct 990011008 - Thuisbeademing klinisch (sociaal-maatschappelijke indicatie).</p> <p>Er is onvoldoende informatie beschikbaar gesteld voor beoordeling van dit verzoek. Daarom wordt dit wijzigingsverzoek afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202385	Zorgactiviteit voor toediening/verstrekking totale parenterale voeding bij volwassenen	<p>Verzocht is om een zorgactiviteit aan te maken voor totale parenterale voeding (TPV). TPV wordt verstrekt aan patiënten die geen reguliere voeding of voeding via een sonde in de maag en/of darmen kunnen verdragen/verwerken, en de voeding daarom via een infuus direct in hun bloedbaan krijgen toegediend. De zorg wordt vooral geboden in gespecialiseerde centra in universitair medische centra (UMC's). Naar aanleiding van dit verzoek is afstemming gezocht met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), met de vraag of hier daadwerkelijk sprake is van een bekostigingsprobleem, dat breder wordt gedeeld. De NFU heeft vervolgens navraag gedaan bij de UMC's met de vraag of zij dit verzoek ondersteunen. Hieruit kwam naar voren dat de UMC's geen noodzaak zien in het aanmaken van een zorgactiviteit voor de toediening/verstrekking van totale parenterale voeding. Daarom is besloten dit verzoek af te wijzen. Op het moment dat er een bredere wens is om de bekostiging van deze zorg te regelen in het dbc-systeem, kan hier opnieuw een wijzigingsverzoek voor worden ingediend.</p>
202394	Zorgactiviteit voor tissue expander	<p>In het geval van borstreconstructie wordt een tissue expander tijdelijk ingebracht voorafgaand aan het inbrengen van de definitieve prothese. Soms blijkt sprake te zijn van infectie en moet de tissue expander worden verwijderd. De aanvrager heeft aangegeven dat niet duidelijk is welke zorgactiviteit voor het verwijderen van de geïnfecteerde tissue expander kan worden geregistreerd. Daarom is verzocht om een zorgactiviteit aan te maken voor het verwijderen van een geïnfecteerde tissue expander.</p> <p>De NZa heeft geconcludeerd dat voor het verwijderen van een geïnfecteerde tissue expander de bestaande zorgactiviteit 038911 - Operatieve verwijdering van gezwellen uitgaande van de cutis, de subcutis en/of het onderhuids vet- en bindweefsel of het verwijderen van corpora aliena, inwendige metalen hechtingen, kan worden vastgelegd. Het is daarom niet nodig om een nieuwe zorgactiviteit aan te maken voor deze verrichting. Indien de geïnfecteerde tissue expander binnen 42 dagen na het inbrengen wordt verwijderd, kan de betreffende zorgactiviteit in het lopende traject met de op dat moment openstaande diagnose worden vastgelegd. Echter in sommige gevallen treedt de infectie op een later moment op, binnen een conservatief traject van poliklinische inspuitingen. In deze situatie kan de openstaande diagnose (voor het inbrengen van de tissue expander en de inspuitingen) om worden gezet in de geëigende diagnose voor het verwijderen van de geïnfecteerde tissue expander. Dit is diagnose 507 'abces drainage, kleine necrotomie'. Deze diagnose leidt in combinatie met de bijbehorende za 038911 af tot het zorgproduct 990004052 Algemeen: eenvoudige ingreep.</p> <p>Omdat voor het registreren van deze zorg geen wijzigingen in het dbc-systeem nodig zijn, wordt dit wijzigingsverzoek afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202395	Consult tijdens dagopname	<p>De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) vragen om aanpassing van artikel 7 lid 5 en artikel 24 lid 1 in de Regeling medisch-specialistische zorg (NR-REG/1816), zodat tijdens een dagverpleging en langdurige observatie een klinisch intercollegiaal consult of polikliniekbezoek geregistreerd kan worden. Op dit moment kan geen zorgactiviteit geregistreerd worden als een medisch specialist (of arts-assistent) in consult wordt geroepen terwijl de patiënt op de dagverpleging of langdurige observatie ligt. Dit in tegenstelling tot wanneer de patiënt klinisch is opgenomen. Bij een klinische opname kan de zorgactiviteit klinisch intercollegiaal consult (190009) worden geregistreerd.</p> <p>De NZa herkent dat er een verschil is in declaratie van een consult dat tijdens een klinische opname wordt uitgevoerd en een consult dat tijdens dagverpleging of langdurige observatie wordt uitgevoerd. Er is echter geen bekostigingsprobleem zoals beschreven in het toetsingskader dbc-systeem (BR/REG-18121). De kosten van een consult op de dagverpleging kunnen namelijk vergoed worden met het dbc-zorgproduct van de hoofdbehandelaar.</p>
202416	Aanvraag voor passende za verwijderen of revisie port a cath	<p>Het verzoek is om uitval port a cath op te lossen. Er is sprake van uitval, omdat een verrichting en polikliniekbezoek niet tegelijk geregistreerd mogen worden. Indien alleen de verrichting (zorgactiviteit 038911) wordt geregistreerd, leidt dit tot uitval.</p> <p>De constatering is juist. Het verzoek wordt echter afgewezen, omdat de oplossing reeds is uitgewerkt in wijzigingsverzoek 202261 in de RZ18a.</p>
202421	Toevoegen za 039066 en za 039067 aan knooppunt intensieve/invasieve therapie	<p>Naar aanleiding van een intern signaal is geconstateerd dat de afleiding van zorgactiviteit 039066 - Coagulatie van maligne tumoren van rectum, vulva of mondholte als uitgebreide ingreep en zorgactiviteit 039067 - Coagulatie maligne uitwendige tumoren, alsmede de weinig tijdrovende coagulatie van kleinere tumoren van rectum, vulva of mondholte bij de diagnoses nieuwvormingen - Maligne neoplasmata lip, mond-, keelholte en hals mogelijk tot uitval of leidt.</p> <p>De NZa heeft dit wijzigingsverzoek getoetst aan de huidige toewijzingsgronden conform de beleidsregel toetsingskader. Op basis hiervan is geconcludeerd dat er geen sprake is van een bekostigingsprobleem. De registratie van za 039066 en za 039067 valt niet uit en leidt, afhankelijk van een van de andere activiteiten in het zorgprofiel, af naar één van de onderstaande (conservatieve) zorgproducten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutisch licht(029299024) - Dag/poli > 2/ routine onderzoek > 2 (029299003) - Licht ambulante. Deze zorgproducten worden voldoende passend geacht (029299030) <p>Op basis hiervan zien wij onvoldoende noodzaak om za 039066 en za 039067 aan het knooppunt intensieve / invasieve therapie toe te voegen. Het wijzigingsverzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202422	Ozp voor total mandibular joint replacement	<p>Total Mandibular Joint Replacement (TMJR) is een manier om patiënten te behandelen die verkeren in het eindstadium van gewrichtspathologie. Hierbij is het kaakgewricht dusdanig versleten dat er door geen enkele conservatieve maatregel herstel mogelijk is. Het verzoek is om voor deze behandeling een apart (kaakchirurgisch) overig zorgproduct aan te maken.</p> <p>Uit afstemming met wetenschappelijke verenigingen, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) is naar voren gekomen dat deze zorg binnen de bestaande prestaties gedeclareerd kan worden. Daarnaast is deze zorg niet nieuw, want deze wordt al sinds de jaren '80 toegepast. Wel nieuw is dat steeds meer gebruik wordt gemaakt van Patiënt Specifieke Implantaten (PSI) in plaats van meer universele implantaten.</p> <p>Gelet op het bovenstaande heeft de NZa dit wijzigingsverzoek afgewezen en is er een nieuw wijzigingsverzoek geopend om de Nadere Regel aan te passen. Daarin wordt explicieter gemaakt hoe moet worden omgegaan met de techniekkosten van meer moderne technieken. Dit wordt uitgewerkt in wijzigingsverzoek 202529.</p>
202428	Zp 79799035 en 79799002 niet passend voor kindzorg	<p>Aanvrager heeft aangegeven dat afleiding naar zorgproduct 79799035 en 79799002 niet passend is voor kindzorg, en dat hiermee sprake is van intransparantie voor de zorgverzekeraar.</p> <p>Op basis van de aangeleverde informatie ziet de NZa geen noodzaak voor het doorvoeren een wijziging. Het gaat hier om zorg in het vrije segment, waarvoor ruimte bestaat om zelf prijsafspraken te maken. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars beschikken over informatie met betrekking tot leeftijden, die ze kunnen gebruiken om hier passende prijsafspraken over te maken. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202431	Aanvraag za voor panendoscopie	<p>Het Erasmus MC heeft verzocht een zorgactiviteit 'Panendoscopie' aan te maken die afleidt naar een operatief product. Bij een panendoscopie worden meerdere diagnostische onderzoeken uitgevoerd.</p> <p>De losse diagnostische onderzoeken hebben een passende zorgactiviteit en leiden af naar een ambulante middel zorgproduct. Een panendoscopie past in zorgproductgroep 4 (diagnostiek) bij de losse diagnostische onderzoeken. Er is hiermee geen sprake van een bekostigingsprobleem. Daarnaast wordt de panendoscopie niet meer als standaardingreep beschouwd en zal deze ingreep in de toekomst minder vaak voorkomen. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202435	Beperking verblijf gezonde moeder uitbreiden van maximaal 28 dagen naar 12 weken	<p>De aanvrager vraagt de maximale duur van het verblijf van een gezonde moeder uit te breiden van 28 dagen naar 12 weken.</p> <p>In het pressure-cookertraject 2014 is uitvoerig over de zorgactiviteit gezonde moeder/zuigeling afgestemd.</p> <p>Het advies uit het pressure-cookertraject is verwerkt in beleidsregel BR/CU-2136: 13.3.3 Verblijf gezonde moeder (190032) Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan en daarvoor klinisch wordt opgenomen. Deze zorgactiviteit kan tot maximaal 28 dagen na de bevalling geregistreerd worden. Er is onvoldoende aanleiding om af te wijken van het advies en deze regel aan te passen. Het verzoek wordt daarom afgewezen.</p>
202440	Gebruik za 190060 Eerste polikliniekbezoek en 190013 Herhaal polikliniekbezoek bij revalidatiegeneeskunde	<p>De NZa ontwikkeld in samenwerking met het veld een nieuwe productstructuur voor de medisch-specialistische revalidatiezorg (msrz), met als ingangsdatum 2020. Het verzoek van Revalidatie Nederland (RN) is om meer duidelijkheid te geven over wanneer een revalidatiearts tijd mag schrijven en wanneer deze een polikliniekbezoek mag registreren. RN geeft aan dat uit onderzoek blijkt dat er geen eenduidigheid is in de wijze van registreren én het toerekenen van kosten aan deze zorgactiviteiten. Dit zou volgens RN een negatief gevolg kunnen hebben op de kostenhomogeniteit van dbc-zorgproducten. Het verzoek van RN is om in de productstructuur per 2019 alleen directe en indirecte tijd als typerende verrichting in de productstructuur op te nemen. Dit zorgt voor een eenduidige registratie en kostentoerekening. Het verzoek is om de productstructuur voor de msrz per 2019 aan te passen, zodat de zorgactiviteiten voor polikliniekbezoeken niet langer typerend zijn in de productstructuur.</p> <p>De door RN voorgestelde wijziging heeft grote impact op de productstructuur en de registratiewijze binnen instellingen. De instellingen moeten de huidige registratiewijze aanpassen, zowel op de werkvloer als in de ict-systemen. Daarnaast moet de afleidingsstructuur binnen de msrz zorgproductgroep worden aangepast. Aangezien we per 2020 een nieuwe productstructuur voor de msrz gaan invoeren, zou dit een wijziging met grote impact betekenen voor slechts één jaar. De impact van de wijziging weegt niet op tegen de voordelen van een dergelijke wijziging. Daarnaast is het nu al mogelijk om tijd te schrijven en kunnen wij, in samenwerking met de branches, de instellingen die msrz leveren ondersteunen in het verkrijgen van een eenduidige registratie. We doen dit door de regelgeving met ingang van 1 januari 2018 te verduidelijken ten aanzien de registratie van tijd. Daarnaast hebben we in samenwerking met RN een FAQ opgesteld over de juiste registratiewijze van polikliniekbezoeken en tijd. Tot slot wordt de registratie van tijd en polikliniekbezoeken als aandachtspunt meegenomen in de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202487	Uitvalreductie: vervolg zorg (zt21) za 087070 en 190025 bij MDL valt uit	<p>Aanvrager heeft geconstateerd dat met ingang van 1 januari 2016 vervolg zorg (Zorgtype 21) bij het poortspecialisme Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) uitvalt. Het gaat om MDL-diagnoses in combinatie met de zorgactiviteiten Echografie van de buikorganen (087070) en Teleconsult tussen poortspecialist en patiënt (190025).</p> <p>De oorzaak van het uitvallen van deze trajecten is niet primair gelegen in de gewijzigde rol van zorgactiviteitcode 087070. De oorzaak is dat de code voor Teleconsult (190025) niet bepalend was voor de afleiding van een declarabel product. In combinatie met een traditioneel vervolgconsult, leidt de combinatie wel tot een declaratie. De status van het teleconsult wordt per 2018 gewijzigd (via wijzigingsverzoek 202504), waardoor in voorkomende gevallen een declaratie mogelijk is. Om die reden wordt dit verzoek als zodanig afgewezen.</p>
202488	Aanvraag zorgactiviteit autotransplantatie	<p>Het verzoek is om een zorgactiviteit aan te maken voor autotransplantatie nier en hiervoor een nieuw zorgproduct te introduceren of om deze af te laten leiden naar een passend zorgproduct. Het gaat om patiënten die een aandoening (maligne of benigne) aan hun nier hebben die verwijderd moet worden. De operatie houdt in dat de hele nier verwijderd wordt, de aandoening verwijderd wordt, en de nier daarna weer teruggeplaatst wordt.</p> <p>Het betreft kleine aantallen in Nederland (1 tot 2 patiënten per jaar). Er zijn geen uitspraken van het Zorginstituut voor deze zorg, mede doordat het zo weinig voorkomt. Bekostiging kan plaatsvinden via een academisch component.</p>
202511	Aanvraag za chirurgische 3D-planning op basis van reguliere CT-beelden	<p>Verzocht wordt om een nieuwe zorgactiviteit te introduceren voor 3D-planning op basis van CT-beelden. Driedimensionale (3D) visualisatie-technieken stellen de chirurg beter in staat een botdeformiteit in te schatten en daarmee een behandelplan te vormen en die te bespreken met de patiënt. Toepassing van dergelijke middelen vereenvoudigt de operatie en scheelt daardoor veel tijd.</p> <p>Er is geen sprake van een bekostigingsprobleem, omdat het gaat om zorg uit het vrije segment. Hierover kan de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar afspraken maken in de contractering. Met lokale codes kan de zorgaanbieder de zorg zichtbaar maken. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202525	Wijziging omschrijving za 039886 en aanmaken nieuw zorgproduct	<p>Aanleiding voor het verzoek zijn nieuwe klinische studies die laten zien dat radiofrequentie een belangrijk werkingsmechanisme is voor het behalen van de klinische effecten bij de behandeling van blaaswandcarcinoom. Daarnaast noemt de Europese richtlijn voor blaaswandcarcinoom de behandeling veelbelovend voor een aantal indicaties (Non muscle-invasive bladder cancer, EAU 2017).</p> <p>Verzocht wordt om de omschrijving van zorgactiviteit Lokale hyperthermie blaaswand in combinatie met intravesicale chemotherapie (Synergo) (039886) te wijzigen naar Lokale radiofrequent-geïnduceerde hyperthermie blaaswand in combinatie met intravesicale, voortdurend gekoelde chemotherapie (RITE). Daarnaast wordt verzocht om een nieuw zorgproduct voor radiofrequente hyperthermie aan te maken.</p> <p>De Nederlandse Vereniging voor Urologie (wetenschappelijke vereniging van urologie) beoordeelt in het 4^e kwartaal van 2017 of deze behandeling opgenomen wordt in een (nationale) richtlijn. Daarnaast heeft het Zorginstituut Nederland in 2011 geoordeeld dat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. Dit oordeel heeft tot gevolg dat de behandeling onverzekerde zorg betreft. Hierdoor is het niet wenselijk om (op dit moment) een nieuw zorgproduct te introduceren en een bestaande zorgactiviteit te wijzigen. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202528	Aanpassen za 038913: proefexcisie (stans of mes), al dan niet met coagulatie met de hyfrecator exclusief het pathologisch onderzoek, of trichogram	<p>Aanvrager geeft aan dat er geen geschikte zorgactiviteit bestaat voor het trichogram, een soort haarbiopt voor nadere diagnostiek bij haaruitval. Het verzoek is om de naam van de bestaande zorgactiviteit Proefexcisie (stans of mes), al dan niet met coagulatie met de hyfrecator exclusief het pathologisch onderzoek (038913) aan te passen door hier 'of trichogram' aan toe te voegen. Deze zorgactiviteit kan dan gebruikt worden voor het registreren van het trichogram.</p> <p>De NZa oordeelt dat zorgactiviteit 038913 niet geschikt is voor de registratie van het trichogram, omdat de betreffende zorgactiviteit is bedoeld voor een excisie. Ook zien we onvoldoende aanleiding om een nieuwe zorgactiviteit voor deze zorg aan te maken. Op basis van het consult dat plaatsvindt met de patiënt kan een (licht) ambulant zorgproduct worden afgeleid. Dit zorgproduct achten wij voldoende passend voor de geleverde zorg. Om deze reden is de conclusie van de NZa dat er geen sprake is van een bekostigingsprobleem dat niet lokaal kan worden opgelost. Het verzoek wordt daarom afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202537	Zorgactiviteiten naar aanleiding van project 'Dagverpleging' (vervangt WV 202533)	<p>De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft ons verzocht om passende zorgactiviteiten aan te maken voor diverse verrichtingen waar nu een zorgactiviteitcode wordt gemist. De NVK geeft aan dat door het ontbreken van een passende zorgactiviteit, het adequaat toerekenen van kosten aan de geleverde zorg wordt bemoeilijkt. Dit verzoek is gedaan in het kader van het project 'Dagverpleging', waarbij knelpunten in kaart zijn gebracht die ontstaan bij de registratie van zorg die tijdens dagverpleging wordt geleverd.</p> <p>De lijst met gewenste zorgactiviteiten is door ons getoetst aan de voorwaarden voor het doorvoeren van een wijziging in het dbc-systeem en voor het aanmaken van een nieuwe zorgactiviteit, die beschreven staan in de Beleidsregel Toetsingskader dbc-systeem. Aan de hand hiervan hebben wij geconcludeerd dat er geen noodzaak is om nieuwe zorgactiviteiten aan te maken. Eventuele bekostigingsproblemen moeten lokaal opgelost kunnen worden. De NZa gaat er vanuit dat ziekenhuizen voldoende mogelijkheden voorhanden hebben om de betreffende verrichtingen in het eigen systeem te registreren en de toerekening van kosten hiermee te verbeteren, zonder dat hiervoor nieuwe zorgactiviteitcodes nodig zijn. Het verzoek wordt daarom afgewezen.</p>
202541	Aanpassing systematiek rond nazorg bij hart- en longtransplantaties	<p>In de regelgeving zijn in het verleden voor orgaantransplantaties (nier, lever, darm) een aantal zaken verbijzonderd, op het gebied van screening en nazorg. Bij een vergelijking hiervan met de regelgeving voor hart- en longtransplantaties, blijkt dat bij dit laatste domein bepaalde onderdelen van screening en nazorg niet, of niet langer, expliciet zijn beschreven in de regelgeving. Daarnaast verschilt de structuur (zorgactiviteiten, zorgproducten) voor nazorg bij orgaantransplantaties met die van de nazorg bij hart-/ longtransplantaties. Mogelijk veroorzaken deze verschillen onregelmatigheden of inconsistenties.</p> <p>De insteek bij de uitwerking van dit verzoek is om evidente inconsistenties aan te pakken in de release RZ19a. Het verder synchroniseren van de systematiek voor orgaantransplantaties en hart- en longtransplantaties, is een mogelijk onderwerp voor doorontwikkeling. Uit een analyse van de problematiek blijkt dat het bij de genoemde verschillen in regelgeving en structuur niet gaat om inhoudelijke inconsistenties. Ook zijn er geen signalen van oneigenlijk gebruik binnen de huidige systematiek. Vandaar dat in release RZ19a geen aanpassing op dit vlak wordt doorgevoerd. Het verzoek wordt afgewezen.</p>
202548	Uitvalreductie: uitval dbc-zorgproduct 049999015	<p>Volgens aanvrager is bij de registratie van zorgactiviteitcode 038911 - Verwijderen corpora aliena, materiaal, in combinatie met diagnose 207 ((onder)voeding) sprake van uitval bij het specialisme Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) (0318). Deze situatie kan zich voordoen bij het verwisselen van een PEG katheter. Voor 1 januari 2016 was sprake van een declarabel dbc-zorgproduct.</p> <p>Door een herwaardering van een aantal zorgactiviteiten per 2016, leiden deze als zodanig niet meer tot een declaratie 'overig therapeutisch/ambulant middel'. Wanneer deze activiteiten zonder registratie van een polikliniekbezoek worden vastgelegd, ontstaat een uitvalproduct. In combinatie met een polikliniekbezoek wordt een licht ambulant product afgeleid. De afleiding wordt op dit punt niet aangepast. Het verwijderen van een PEG katheter kan onder zorgactiviteit 038911 plaatsvinden. Het voorkomen van enkel een verwijdering, zonder herplaatsing (wat wel tot een declaratie leidt, in tegenstelling tot wat in de probleemschets wordt aangegeven) of zonder dat er in het subtraject sprake is van een poliklinisch (vervolg)consult, lijkt een uitzondering. Het verzoek wordt afgewezen.</p>

Referentienummer	Omschrijving	Toelichting afwijzing verzoek
202558	Aanpassen omschrijving Consult of herhaalconsult na 30 dagen (234003)	<p>Bij het afsluiten van prestatiecode 234008 (vervolgconsult) per 2009 is afgesproken dat patiënten die voor een vervolgconsult komen, geregistreerd mogen worden onder de reguliere consultprestatie (234003). Dit is echter niet expliciet opgenomen in de huidige regelgeving. In de rechtmatigheidscontroles door verzekeraars lopen instellingen hier nu tegenaan.</p> <p>Het verzoek is om expliciet in de regelgeving op te nemen dat patiënten die komen voor een vervolgconsult, geregistreerd mogen worden onder de consultprestatie (234003).</p> <p>In de regelgeving staat niet, dat een vervolgconsult niet als een consult geregistreerd mag worden. Daarmee bestaat de mogelijkheid om het vervolgconsult te registreren als reguliere consultprestatie. In verband hiermee wijst de NZa dit verzoek af.</p>
202559	Creëren van separate voorloopcode kaakchirurgie voor niet verzekerde zorg	<p>Binnen de kaakchirurgische prestaties zijn er een aantal prestaties die vallen onder onverzekerde zorg. In het kader van transparantie is het volgens de aanvragende partij wenselijk de betreffende prestaties al bij de registratie herkenbaar te maken, met het creëren van een separate voorloopcode voor onverzekerde zorg.</p> <p>De problematiek uit dit wijzigingsverzoek is opgenomen in de scope van het project 'Transparantie onverzekerde zorg' (wijzigingsverzoek 202535), daarom wordt dit losse verzoek afgewezen.</p>

Bijlage 2: Wijzigingsverzoeken nog in behandeling

In deze bijlage staan de wijzigingsverzoeken die nog in behandeling zijn voor de RZ19a. Dit zijn wijzigingen die alleen tekstuele regelgeving wijzigingen, tarieven of ozp's betreffen. Hierdoor kunnen deze in een later stadium worden uitgewerkt en besloten. De verwachting is dat deze wijzigingsverzoeken uiteindelijk wel in de RZ19a worden meegenomen.

Referentienummer	Omschrijving
202307	Verzamelvezoek paramedische zorg
202429	Tekstuele aanpassing regelgeving
202483	Tarief zorgproduct 990716003 Chronische verstrekking geneesmiddelen Kindergeneeskunde metabole ziekten
202492	Aanpassen regelgeving inzake geneesmiddelenbeleid (2017)
202515	Aanpassen toelichting in nadere regel NR/REG 1732 art 24, lid 18 inzake F2F contact
202518	Aanpassen tarieven zorgproducten weefsels
202529	Aanpassen prestatie omschrijving en regelgeving over techniekkosten Total Mandibular Joint Replacement
202535	Aanpassen vanuit project Transparantie Onverzekerde Zorg
202553	Apart PACU- en MC-tarief (add-on) instellen
202554	Aanpassen definitie in de regelgeving m.b.t. begeleiding op afstand bij niet-complexe hartrevalidatie
202566	Aanpassen overgangsbepaling in Regeling medisch-specialistische zorg
202576	Aanpassen omschrijvingen ozp 190130 tot en met 190134 (interklinisch ic-transport en MICU-transport)