

Verantwoordingsdocument

**Verantwoording
wijzigingen dbc-release
RZ22b**

Ingangsdatum 1 januari 2022

Disclaimer

Hoewel de inhoud van dit document met de grootste zorgvuldigheid is samengesteld, kunnen er fouten of andere onvolkomenheden in dit document staan. In geval van tegenstrijdigheid tussen de inhoud van dit verantwoordingsdocument en de NZa-regels (Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR), Regeling medisch-specialistische zorg (NR) en Prestatie- en Tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB)) prevaleren de NZa-regels.

Een volledig overzicht van de NZa-regels vindt u op het documentenplatform op onze website www.nza.nl. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die ontstaat door het gebruik van de informatie uit dit document.

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

Voor vragen over de dbc-systematiek kunt u terecht bij ons Informatie- en contactcentrum.

E-mail: info@nza.nl

Telefoon: 088 - 770 87 70

Openingstijden: tussen 9.00 en 17.00 uur

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Leeswijzer	4
1.2 Verwijzingen en samenhang relevante informatie	5
1.3 Opbouw wijzigingsverzoeken	6
1.4 Impact van wijzigingen	6
1.5 Controles en test	6
1.6 Kengetallen	7
2. Wijzigingen	8
2.1 Regels	8
2.2 Productstructuur	35
2.3 Overige zorgproducten	44
2.4 Diagnose- en zorgvraagtyperingen	56
2.5 Tarieven	62
3. Verantwoording tarieven 2022	63
3.1 Tariefmutaties dbc-zorgproducten	63
3.2 Tariefmutaties overige zorgproducten	69
Bijlage 1: Overzicht impact wijzigingen op releasebestanden	72
Bijlage 2: Overzicht impact wijzigingen op specialismen	74
Bijlage 3: Overzicht gewijzigde releasebestanden	77
Bijlage 4: Overzicht afgewezen wijzigingsverzoeken	78
Bijlage 5: Overzicht uitvalreductiewijzigingen	80
Bijlage 6: Overzicht totaal aantal records per tabel	82

1. Inleiding

Voor u ligt het document Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ22b.

De wijzigingen in de productstructuur en bijbehorende regels zijn hierin uitgebreid toegelicht (hoofdstuk 2). Daarnaast zijn de jaarlijks doorgevoerde aanpassingen in de tarieven medisch-specialistische zorg en de verantwoording hiervan opgenomen in het document (hoofdstuk 2.5.1).

Het betreft wijzigingen die op 1 januari 2022 in werking treden.

1.1 Leeswijzer

De informatie in dit document is verdeeld in de volgende hoofdstukken:

- *Hoofdstuk 1: Inleiding*
In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op de opbouw van het document.
- *Hoofdstuk 2: Wijzigingen*
In dit hoofdstuk zijn wijzigingen beschreven voortgekomen uit verzoeken die via de intakeprocedure bij de NZa zijn ingediend.
- *Hoofdstuk 2.5.1: Verantwoording tarieven 2022*
In dit hoofdstuk is toegelicht hoe de tarieven voor de prestaties in het gereguleerde segment voor 2022 zijn berekend.

Daarnaast zijn de volgende bijlagen toegevoegd:

- *Bijlage 1: Overzicht impact wijzigingen op releasebestanden*
In deze bijlage treft u een totaaloverzicht aan waaruit blijkt welke wijzigingsverzoeken wel/geen impact hebben op de releasebestanden.
- *Bijlage 2: Overzicht impact wijzigingen op specialismen*
In deze bijlage treft u een totaaloverzicht aan waaruit blijkt welke wijzigingsverzoeken wel/geen impact hebben op specialismen.

N.B. Bent u op zoek naar een specifiek specialisme, zoek dan ook op de term 'verschillende'. Bij wijzigingsverzoeken die verschillende specialismen raken, is deze term gebruikt.

- *Bijlage 3: Overzicht gewijzigde releasebestanden*
In deze bijlage treft u een overzicht aan van de releasebestanden die zijn gewijzigd in deze release.
- *Bijlage 4: Overzicht afgewezen wijzigingsverzoeken*
In deze bijlage treft u wijzigingsverzoeken aan die niet zijn gehonoreerd.
- *Bijlage 5: Overzicht uitvalreductiewijzigingen*
In deze bijlage treft u een overzicht van uitvalreductiewijzigingen.
- *Bijlage 6: Overzicht totaal aantal records per tabel*
In deze bijlage treft u een overzicht aan van het totaal aantal records per relesetabel.
Voorheen werd dit overzicht opgenomen in het document ICT-eisen dbc-release.

Met ingang van dbc-release RZ22 is besloten het aantal records per tabel op te nemen in het document Verantwoording wijzigingen.

1.2 Verwijzingen en samenhang relevante informatie

Om alle wijzigingen in het dbc-systeem te kunnen implementeren, treft u in hoofdstuk 2 in iedere paragraaf relevante verwijzingen aan, zodat u de informatie zo goed mogelijk kunt verwerken.

Ieder wijzigingsverzoek krijgt in het intakeproces een referentienummer. Dit referentienummer is gebruikt bij de consultatie van het wijzigingsverzoek in het Technisch Overleg medisch-specialistische zorg (TO msz). Aan dit overleg nemen vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders deel.

Een overzicht van 'Wijzigingsverzoeken binnen lopende release(s)' vindt u op onze website: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_259733_22/1/

Voor zover op een wijzigingsverzoek van toepassing, is ook een verwijzing toegevoegd naar:

- *Releasebestanden (waarin de wijziging is uitgewerkt)*
Waar van toepassing vindt u een verwijzing¹ naar releasebestanden (tabellen en/of regels) waar het wijzigingsverzoek impact op heeft.

Voor een totaaloverzicht van de impact op releasebestanden verwijzen wij u naar Bijlage 1: Overzicht impact wijzigingen op releasebestanden.

Daarnaast treft u in bijlage 3 een totaaloverzicht aan van de releasebestanden die zijn gewijzigd in deze release en waar u deze kunt vinden.

N.B. Wanneer een wijzigingsverzoek impact heeft op het registratieaddendum (RA) dan verwijzen wij u naar het RA behorende bij onderliggende dbc-release. In hoofdstuk 2 van het RA, vindt u een overzicht van wijzigingen ten opzichte van de voorgaande versie.

Overzicht afkortingen releasebestanden

Afkorting	Volledige naam
ACT	Aanspraak Code tabel
ARDT	Afsluitreden Tabel
ARGT	Afsluitregels Tabel
BR	Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg
DCT	Diagnose Combinatie Tabel
ETL	Elektronische Typeringslijst
GRPT	Groupertabellen
HOR	Hulptabel Overloopregistratie
LMM	Limitatieve Lijst Machtigingen
NR	Regeling medisch-specialistische zorg

¹ Verwijzingen zijn een hulpmiddel om release informatie te verwerken. Het betreffen te allen tijde indicaties van releasebestanden waar het wijzigingsverzoek (de meeste) impact op heeft.

Afkorting	Volledige naam
RA	Registratieaddendum
RDZT	Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel
TB	Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg
TT	Tarieven Tabel
VT	Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper
WBMV	WBMV Code Tabel
ZAT	Zorgactiviteiten Tabel
ZP	Zorgproducten Tabel
ZPG	Zorgproductgroepen Tabel

- *Specialismen (die geraakt worden door het wijzigingsverzoek)*
Waar van toepassing vindt u een verwijzing naar specialismen waar het wijzigingsverzoek betrekking op heeft.
- *Zorgproductgroepen (die geraakt worden door het wijzigingsverzoek)*
Waar van toepassing vindt u een verwijzing naar zorgproductgroepen waar het wijzigingsverzoek betrekking op heeft.

1.3 Opbouw wijzigingsverzoeken

De wijzigingsverzoeken opgenomen in hoofdstuk 2 zijn per paragraaf beschreven en hebben (minimaal) de volgende opbouw:

- Titel wijzigingsverzoek.
- Verwijzing naar het toegewezen referentienummer in de wijzigingsprocedure.
Aanleiding (en verzoek) van het wijzigingsverzoek.

1.4 Impact van wijzigingen

Wijzigingen komen voort uit verzoeken die vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij ons indienen. Wij bekijken een verzoek tot wijziging altijd zorgvuldig en overleggen met belanghebbenden. Bij het uitwerken van wijzigingsverzoeken besteden we aandacht aan de impact van een wijziging in verhouding tot de omvang van het knelpunt.

Dit toetsen wij aan de hand van beleidsregel [Toetsingskader wijzigingsverzoeken dbc-systeem medisch-specialistische zorg](#) (BR/REG-19164). Na deze toetsing besluiten we om de wijziging wel of niet te verwerken in de dbc-systematiek.

1.5 Controles en test

Om de kwaliteit van het dbc-pakket voldoende te garanderen bij vaststelling door de Raad van Bestuur van de NZa, doorlopen wij voor iedere release de volgende stappen:

- Consulteren (vertegenwoordigers van) branchepartijen op onderdelen van het concept dbc-pakket (voorgenomen wijzigingen in productstructuur, regels en tarieven).
- Realiseren van het dbc-pakket volgens het proces zoals dat de afgelopen jaren is doorontwikkeld.
- Uitvoeren van testen en controles van technische en functionele aspecten.

- Documenteren en verantwoorden van doorgevoerde wijzigingen in het dbc-pakket.
- Verbeteren van het proces en uitvoeren extra controles hierop naar aanleiding van de aanbevelingen van eerdere audits.

1.6 Kengetallen

Wijzigingen in de dbc-productstructuur hebben betrekking op zorgactiviteiten, diagnoses en dbc-zorgproducten.

Hieronder is de relatie van de kengetallen weergegeven tussen dbc-release RZ21d en RZ22b.



2. Wijzigingen

Dit hoofdstuk beschrijft:

- wijzigingen voortgekomen uit verzoeken die vertegenwoordigers van zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars bij de NZa hebben ingediend;
- interne (ambtshalve) wijzigingsverzoeken voor regulier onderhoud.

Meer informatie over het aanvragen van een wijziging in regels, tarieven dbc-zorgproducten of overige zorgproducten vindt u op onze website:

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

2.1 Regels

In deze paragraaf informeren wij u over wijzigingen die zijn doorgevoerd in regels:

- Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR);
- Regeling medisch-specialistische zorg (NR).

2.1.1 In regels opnemen dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) rechtstreeks mag doorverwijzen naar een (gespecialiseerde) kinderarts

Referentienummer: 202865

Releasebestand(en): NR

Specialisme(n): Verschillende

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Verzocht is om in de Regeling medisch-specialistische zorg (NR) op te nemen dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geregistreerd kan worden onder verwijstype 'Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerste lijn, maar verwijzer heeft geen AGB-code'.

Bij een positieve/afwijkende uitslag van een hielprik bij kinderen kan het namelijk voorkomen dat het RIVM rechtstreeks naar een (gespecialiseerde) kinderarts verwijst conform het draaiboek hielprikscreening.

Doorgevoerde wijziging(en)

In de NR is opgenomen dat het RIVM geregistreerd mag worden onder verwijstype 'Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerste lijn, maar verwijzer heeft geen AGB-code'.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
Toelichting NR artikel 36 lid 1 onderdeel m punt 8	Dit type verwijzer wordt ook gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM voor een vervolgonderzoek naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker.	Toelichting NR artikel 36 lid 1 onderdeel m punt 8	Dit type verwijzer wordt ook gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM.	Het RIVM verwijst niet enkel door naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker, maar bijvoorbeeld ook naar aanleiding van een hieprikscreening. We hebben in algemenere zin opgenomen dat in het geval van een verwijzing door het RIVM dit type verwijzer gebruikt mag worden.

2.1.2 Wijziging tarief Prenatale screening: counseling (037521) vanwege introductie 13-weeken echo in bevolkingsonderzoek

Referentienummer: 202919

Releasebestand(en): BR, NR, TT

Specialisme(n): 0307 Gynaecologie

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Vanaf 1 september 2021 wordt een 13-weekenecho aan alle zwangere vrouwen aangeboden, in de vorm van een (vrijblijvend) bevolkingsonderzoek. Om dit te bewerkstelligen moet het mogelijk gemaakt worden dat zwangere vrouwen vanaf 1 augustus 2021 voorgelicht kunnen worden over de 13-weekenecho. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bekostiging voor het onderdeel counseling per 1 augustus 2021 mogelijk te maken.

Doorgevoerde wijziging(en)

De voorlichting over de 13-weeken echo is als extra onderdeel meegenomen in het bestaande overig zorgproduct (ozp) Prenatale screening: counseling (037521). De medisch-specialistische zorg (msz) volgt hier de Beleidsregel verloskunde (BR/REG-20108). Het huidige tarief voor ozp 037521 is verhoogd met de meerkosten voor de voorlichting over de 13-weekenecho.

De NZa heeft twee wijzigingsroutes voorgelegd aan de leden van het Technisch overleg msz en hun voorkeuren opgehaald. Op basis hiervan is besloten dat de wijziging 1 januari 2022 wordt ingevoerd, zonder terugwerkende kracht. Het verschil in tarief met de eerste lijn, in de periode 1 augustus 2021 tot en met 31 december 2021, is gecompenseerd met een opslag op het tarief in 2022. Per 2023 gaat de opslag ervan af.

Omdat het tarief in de periode 1 augustus 2021 tot en met 31 december 2021 afwijkt van het tarief in de Beleidsregel verloskunde BR/REG-21121 is de verwijzing naar deze beleidsregel in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR) en de Regeling medisch-specialistische zorg (NR) aangepast. Zie wijzigingsbesluit puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_648041_22/.

Omdat de wijziging in het tarief van ozp 037521 in 2022 afwijkt van het tarief in Beleidsregel verloskunde BR/REG-22134 is de verwijzing naar deze beleidsregel in de BR en de NR aangepast en de methode van tariefberekening toegevoegd.

In verband met het toevoegen van counseling over de 13-wekenecho verandert het tarief voor de msz in 2022. Er zal een éénmalige opslag gelden bij het tarief voor het jaar 2022. Zodoende is de verwijzing naar de eerste lijn voor ozp 037521 verwijderd. Per 2023 zullen dezelfde tarieven weer gelden in de eerste lijn en msz.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
BR artikel 14 lid 3 sub a	3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerste lijn plaats. Voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling. Voor de volgende overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de eerstelijnszorg: a. Prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516 en 037521) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';	BR artikel 14 lid 3 sub a	3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerste lijn plaats. Voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling. Voor de volgende overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de eerstelijnszorg: a. Prenatale screening (037510, 037512, 037514 en 037516) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';	In verband met het toevoegen van counseling over de 13-wekenecho verandert het tarief voor de msz in 2022. Er zal een éénmalige opslag gelden bij het tarief gedurende het jaar 2022. Zodoende is de verwijzing naar de eerste lijn voor ozp 037521 verwijderd. Per 2023 zullen dezelfde tarieven weer gelden in de eerste lijn en msz.
Bijlage 1 bij BR, 1.8 voetnoot 2 onder Tabel 3	Voor een aantal zorgproducten zijn de tarieven afkomstig uit een andere sector. De tarieven worden integraal overgenomen.	Bijlage 1 bij BR, 1.8 voetnoot 2 onder Tabel 3	Voor een aantal zorgproducten zijn de tarieven afkomstig uit een andere sector. De tarieven worden integraal overgenomen. Dit geldt echter niet voor het overig zorgproduct 'prenatale screening: counseling' (037521) in de periode van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022.	Voor het overig zorgproduct 'prenatale screening: counseling' (037521) wordt het tarief niet integraal overgenomen in de periode van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022.
-	-	Toelichting BR artikel 14 lid 3 sub a	Als gevolg van de invoering van (de counseling over) de 13-wekenecho per augustus 2021 is het tarief voor het overig zorgproduct 037521 structureel opgehoogd met €18,19 (definitief niveau 2021). Dit bedrag wordt eenmalig opgehoogd met €7,58 vanwege de incidentele nacalculatie van de gemiddelde gemiste opbrengsten in de periode tussen augustus en december 2021. Per 2023 gaat de incidentele opslag af van het tarief en vindt de tariefberekening weer in de eerste lijn plaats.	In verband met het toevoegen van counseling over de 13-wekenecho verandert het tarief voor de msz in 2022. Er zal een éénmalige opslag gelden bij het tarief voor het jaar 2022. Zodoende is de verwijzing naar de eerste lijn voor ozp 037521 verwijderd. Per 2023 zullen dezelfde tarieven weer gelden in de eerste lijn en msz.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
			In de eerste lijn is het tarief vanwege de invoering van de counseling over de 13-weekenecho reeds per augustus 2021 aangepast en is er daarom geen sprake van een incidentele opslag. Om die reden verschillen de tarieven in de eerste lijn en msz in de periode 1 augustus 2021 t/m 31 december 2021 en het jaar 2022.	
NR artikel 29 lid 5	5. Prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516 en 037521) Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties prenatale screening, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, is te vinden in de Beleidsregel verloskunde.	NR artikel 29 lid 5	5. Prenatale screening (037510, 037512, 037514, 037516) Het overzicht van alle te onderscheiden prestaties prenatale screening, inclusief eventueel aanvullende voorwaarden, is te vinden in de Beleidsregel verloskunde.	In verband met het toevoegen van counseling voor de 13 weken echo verandert het tarief voor de msz in 2022. Hierdoor zal er een éénmalige opslag gelden van het tarief gedurende het jaar 2022. Zodoende is de verwijzing naar de eerste lijn voor ozp 037521 verwijderd. Per 2023 zullen dezelfde tarieven weer gelden in de eerste lijn en msz.

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarieftype	Max-tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
037521	Prenatale screening: counseling.	13	€ 75,21	20220101		Gewijzigd

Informatie over de tariefberekening is opgenomen in hoofdstuk 3. Daarin is toegelicht hoe de tarieven voor de zorgprestaties in het gereguleerde segment tot stand zijn gekomen.

2.1.3 Registratie zorgactiviteiten Klinisch intercollegiaal consult (190009) en Medebehandeling (190017) toestaan bij een consult op afstand

Referentienummer: 202929
Releasebestand(en): NR
Specialisme(n): Verschillende
Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

In verband met de coronapandemie is tijdelijk toegestaan dat zorgactiviteiten Klinisch intercollegiaal consult (190009) en Medebehandeling (190017) geregistreerd mogen worden wanneer het contact tussen patiënt en zorgverlener op afstand plaatsvindt. Verzocht is om de voorwaarde voor face-to-face contact bij een intercollegiaal consult (icc) of medebehandeling te verwijderen.

Doorgevoerde wijziging(en)

In aanvulling op de structurele versoepelingen zoals doorgevoerd in dbc-release RZ21b (zie wijzigingsverzoek 202895), is besloten de registratie van een icc en medebehandeling op afstand ook structureel toe te staan.

Een icc en medebehandeling vinden in principe face-to-face plaats, behoudens situaties (zoals infectierisico's) waarin als alternatief het contact op afstand plaatsvindt.

De voorwaarde voor een face-to-face contact bij een icc of medebehandeling is verwijderd uit de Regeling medisch-specialistische zorg. Het blijft nadrukkelijk *niet* toegestaan om deze zorgactiviteiten te registreren voor digitaal contact tussen zorgverleners onderling. De regels spreken immers over contact met een patiënt.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 24 lid 19	Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009) Een diagnostisch of screenend face-to-face contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.	NR artikel 24 lid 19	Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009) Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme. Een icc op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.	Per 2022 is het structureel toegestaan om een icc (190009) te registreren indien het contact tussen patiënt en zorgverlener op afstand heeft plaatsgevonden.
NR artikel 24 lid 20	Medebehandeling (190017) Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per face-to-face contact met de patiënt in het kader van medebehandeling vastgelegd.	NR artikel 24 lid 20	Medebehandeling (190017) Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per contact met de patiënt in het kader van medebehandeling vastgelegd. Een medebehandeling op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.	Per 2022 is het structureel toegestaan om een medebehandeling (190017) te registreren indien het contact tussen patiënt en zorgverlener op afstand heeft plaatsgevonden. De NICU/PICU-verduidelijking komt uit wijzigingsverzoek 202981.

2.1.4 Aanpassen artikel 28 lid 2 sub a van de Regeling medisch-specialistische zorg

Referentienummer: 202939
 Releasebestand(en): NR
 Specialisme(n): N.v.t.
 Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Verzocht is om artikel 28 lid 2 sub a van de Regeling medisch-specialistische zorg (NR) aan te passen.

Voor de volgende zorgactiviteiten wordt onterecht verwezen naar de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtiëk:

- Diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM (per kwartier) (192844);
- Uittoeslag bij diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM (192845);
- Groepsbehandeling bij diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met DM, COPD en VRM (per patiënt, per kwartier) (192846).

Doorgevoerde wijziging(en)

Zorgactiviteiten 192844, 192845 en 192846 zijn verwijderd uit artikel 28 lid 2 sub a van de NR.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 28 lid 2 sub a	Diëtetiek (192841, 192844 t/m 192846, 192987 t/m 192998) De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtiëk. Op de regel dat er per dag per patiënt maximaal één prestatie in rekening gebracht mag worden, geldt aanvullend als uitzondering dat eenzelfde prestatie vaker in rekening gebracht mag worden indien dit noodzakelijk is omdat de prestatie per kwartier gedeclareerd wordt.	NR artikel 28 lid 2 sub a	Diëtetiek (192841, 192987 t/m 192998) De specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen en de algemene bepalingen zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtiëk. Op de regel dat er per dag per patiënt maximaal één prestatie in rekening gebracht mag worden, geldt aanvullend als uitzondering dat eenzelfde prestatie vaker in rekening gebracht mag worden indien dit noodzakelijk is omdat de prestatie per kwartier gedeclareerd wordt.	Voor de zorgactiviteiten 192844, 192845 en 192846, is er in de Regeling medisch specialistische zorg, artikel 28 lid 2 sub a, een onterechte verwijzing naar de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtiëk.

2.1.5 Verbeteren afsluitregel complexe chronische longaandoeningen (1.0000.9)

Referentienummer: 202957
 Releasebestand(en): NR, RA
 Specialisme(n): 0316 Kindergeneeskunde, 0322 Longgeneeskunde
 Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Per 2021 is de nieuwe productstructuur voor complexe chronische longaandoeningen (ccl) van toepassing.

Als onderdeel hiervan zijn ook de bijbehorende afsluitregels aangepast. Na inwerkingtreding bleek dat de huidige beschrijving in de Regeling medisch-specialistische zorg (NR) en bijbehorende technische uitwerking in het registratieaddendum (RA) tot verschillende interpretaties van de afsluitmomenten leiden.

Uitleg afsluitregel

Een ccl-zorgtraject bevat subtrajecten voor assessment en subtrajecten voor behandeling.

Een assessment subtraject (met uitzondering van een assessment bij klinische overname) bevat alleen zorgactiviteiten voor intake en assessment, namelijk Intake – longastmacentra (193290) en Assessment – longastmacentra (193292) en leidt af naar een assessment dbc-zorgproduct. Zodra is overgegaan op behandeling is sprake van een behandelsubtraject.

In een behandelsubtraject kunnen naast behandelzorgactiviteiten wel assessmentactiviteiten worden geregistreerd. Een subtraject voor behandeling (ongeacht of hier assessmentactiviteiten in zitten) leidt af naar een behandel dbc-zorgproduct.

Alleen een subtraject voor intake en assessment moet worden afgesloten op de dag vóór uitvoerdatum van de eerste zorgactiviteit voor behandeling (groep 2). Als een subtraject voor behandeling een assessmentzorgactiviteit (groep 1) bevat, dan sluit het subtraject niet op de dag voor de uitvoerdatum van de eerstvolgende zorgactiviteit voor behandeling (groep 2).

In de NR lijkt te worden gesuggereerd dat alle subtrajecten met zorgactiviteit 193290 en/of 193292 een assessment subtraject zijn. Dit is nadrukkelijk niet het geval.

Doorgevoerde wijziging(en)

Per 2022 is de NR aangepast, zodat niet langer de indruk gewekt wordt dat alle subtrajecten met zorgactiviteit 193290 en/of 193292 assessment subtrajecten zijn.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 19, lid 15	15. Complex chronische longaandoeningen (Longastma centra) (1.0000.9) Een subtraject voor complex chronische longaandoeningen (ccl) heeft een vaste looptijd van 120 dagen. Als uitzondering hierop geldt: a. Het subtraject voor intake en assessment (zorgactiviteiten 193290 en 193292), waarbij sprake is van een Klinische overname (193298), wordt afgesloten op de 14e dag na opening van het subtraject. b. Het subtraject voor intake en assessment (zorgactiviteiten 193290 en 193292), waarbij geen sprake is van een klinische overname, wordt afgesloten op de dag voor de start van de behandeling (zorgactiviteiten 193200 t/m 193251 en 193293). Wanneer de behandeling niet binnen 120 dagen start, dan geldt de vaste looptijd van 120 dagen.	NR artikel 19, lid 15	15. Complex chronische longaandoeningen (Longastma centra) (1.0000.9) Een subtraject voor complex chronische longaandoeningen (ccl) heeft een vaste looptijd van 120 dagen. Als uitzondering hierop geldt: a. Het subtraject voor intake en assessment, waarbij sprake is van een Klinische overname (193298), wordt afgesloten op de 14e dag na opening van het subtraject. b. Het subtraject voor intake en assessment, waarbij geen sprake is van een klinische overname, wordt afgesloten op de dag voor de start van de behandeling (zorgactiviteiten 193200 t/m 193251 en 193293). Wanneer de behandeling niet binnen 120 dagen start, dan geldt de vaste looptijd van 120 dagen.	De toevoeging tussen haakjes is verwijderd, omdat dit lijkt te suggereren alsof alle subtrajecten met zorgactiviteit 193290 en/of 193292 subtrajecten voor intake en assessment zijn. Om hierover verwarring te voorkomen, is deze tekst verwijderd.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
	c. Wanneer een zorgactiviteit Herstart na afgebroken behandeling (193299) wordt geregistreerd, dan sluit het subtraject af op de dag voor de datum waarop deze zorgactiviteit is geregistreerd.		c. Wanneer een zorgactiviteit Herstart na afgebroken behandeling (193299) wordt geregistreerd, dan sluit het subtraject af op de dag voor de datum waarop deze zorgactiviteit is geregistreerd.	

De technische uitwerking van de afsluitregel is verduidelijkt in het registratieaddendum. In hoofdstuk 2 van het Registratieaddendum, vindt u een overzicht van wijzigingen ten opzichte van de voorgaande versie.

2.1.6 Tekstuele aanpassing afsluitregel Geriatrische revalidatiezorg (1.8428.2)

Referentienummer: 202970

Releasebestand(en): NR, RA

Specialisme(n): 8418 Geriatrische revalidatiezorg

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft in maart 2020 geïndiceerd dat toegang tot geriatrische revalidatiezorg (grz) ook kan plaatsvinden door een geriatrisch assessment vanuit de thuissituatie, afgenomen door een specialist oudergeneeskunde. Voorheen werd gesteld dat dit alleen kon als er voorafgaand aan de geriatrische revalidatie sprake was van een ziekenhuisopname. Het ZIN beredeneert dat dit ook vanuit de thuissituatie kan plaatsvinden, door de uitzondering in artikel 2.5c, lid 3 van Besluit zorgverzekering.

In de afsluitregel Geriatrische revalidatiezorg (1.8418.1) wordt beschreven dat de zorgverzekeraar in bijzondere gevallen kan toestaan dat er langer dan zes maanden grz wordt geleverd, bijvoorbeeld als sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend grz zorgtraject. Daarbij wordt het voorheen gestelde, dat dit alleen kan als voorafgaand aan de grz sprake is van een ziekenhuisopname, als voorwaarde genoemd. Verzocht is om deze voorwaarde in lijn met de nieuwe duiding van ZIN te verwijderen.

Doorgevoerde wijziging(en)

In de Regeling medisch-specialistische zorg en het Registratieaddendum is de voorwaarde verwijderd. Deze aanpassing heeft geen invloed op de technische uitwerking van de afsluitregel (1.8418.1).

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 19 lid 11	11. Geriatrische revalidatiezorg (1.8418.1) Voor de geriatrische revalidatiezorg (grz) geldt dat de subtrajecten worden afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste geriatrische revalidatiezorg zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaatsvindt, gaat de termijn van 42 dagen opnieuw lopen en wordt deze afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste verrichting. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestaan dat er langer dan zes maanden grz wordt geleverd. Bijvoorbeeld als sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend grz zorgtraject.	NR artikel 19 lid 11	11. Geriatrische revalidatiezorg (1.8418.1) Voor de geriatrische revalidatiezorg (grz) geldt dat de subtrajecten worden afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste geriatrische revalidatiezorg zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Indien binnen deze 42-dagen periode opnieuw een verrichting plaatsvindt, gaat de termijn van 42 dagen opnieuw lopen en wordt deze afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste verrichting. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestaan dat er langer dan zes maanden grz wordt geleverd. Bijvoorbeeld als sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend grz zorgtraject.	Het Zorginstituut heeft vorig jaar de duiding gedaan dat toegang tot de grz ook kan plaatsvinden middels een geriatrisch assessment vanuit de thuissituatie afgenomen door een specialist oudergeneeskunde. Voorheen werd gesteld dat dit alleen kon als er voorafgaand aan de grz sprake was van een ziekenhuisopname.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
	<p>Indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan, wordt (vanwege niet toegestane paralleliteit) het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag (handmatig) afgesloten (afsluitreden 75):</p> <ul style="list-style-type: none"> •de zorgverzekeraar heeft schriftelijk toestemming gegeven voor het openen van een nieuw zorgtraject voor de nieuwe zorgvraag én •het nieuwe zorgtraject wordt voorafgegaan aan een noodzakelijk ziekenhuisverblijf in verband met de nieuwe zorgvraag. <p>Het moment van afsluiten van het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag is de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor de nieuwe zorgvraag.</p>		<p>Indien de zorgverzekeraar schriftelijk toestemming heeft gegeven voor het openen van een nieuw zorgtraject voor de nieuwe zorgvraag wordt (vanwege niet toegestane paralleliteit) het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag (handmatig) afgesloten (afsluitreden 75).</p> <p>Het moment van afsluiten van het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag is de dag voorafgaand aan de eerste zorgactiviteit voor de nieuwe zorgvraag.</p>	<p>Dit is ook zonder ziekenhuisopname mogelijk door de uitzondering in artikel 2.5c, lid 3 van Besluit zorgverzekering.</p>

2.1.7 Omschrijving specialisme 1100 eenduidig maken en wijzigen in Mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie

Referentienummer: 202979

Releasebestand(en): BR, NR, TT, ZAT

Specialisme(n): 1100 Mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie

Zorgproductgroep(en): Verschillende

Aanleiding en verzoek

De omschrijving van het specialisme behorende bij specialismecode 1100 wordt niet consistent toegepast. Veelal wordt nog gesproken over Kaakchirurgie, waar het Mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie (MKA-chirurgie) dient te zijn.

Met dit wijzigingsverzoek wordt dit gelijkgetrokken.

Doorgevoerde wijziging(en)

Daar waar in documenten of tabellen werd gesproken over Kaakchirurgie, is dit aangepast naar Mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie en waar werd gesproken over 'kaakchirurgische verrichtingen, onderzoek of behandeling' is dit gewijzigd in 'MKA-chirurgische verrichtingen, onderzoek of behandeling'.

De beroepstitel kaakchirurg is ongewijzigd gebleven.

De (consumenten)omschrijvingen van onderstaande zorgactiviteiten zijn gewijzigd:

- Assistentie bij een kaakchirurgische verrichting (230002)
- Dagverpleging kaakchirurgie (231901)
- Verpleegdag kaakchirurgie (231902)

Zorgactiviteit Dagverpleging kaakchirurgie voor ZBC's (190281) is obsoleet en in verband daarmee beëindigd.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
190281	Dagverpleging kaakchirurgie voor ZBC 's.	J	Dagbehandeling in een zelfstandig behandel centrum voor kaakchirurgie.	2	-	-	20140601	20211231	Beëindigd
230002	Assistentie bij een kaakchirurgische verrichting.	-	Assistentie bij een kaakchirurgische verrichting.	99	-	-	20160101	20211231	Oude omschrijvingen
230002	Assistentie bij een MKA-chirurgische verrichting.	-	Assistentie bij een MKA-chirurgische verrichting.	99	-	-	20220101		Nieuwe omschrijvingen
231901	Dagverpleging kaakchirurgie.	-	Dagverpleging ten behoeve van een kaakchirurgische behandeling.	99	-	-	20160101	20211231	Oude omschrijvingen
231901	Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie.	-	Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie.	99	-	-	20220101		Nieuwe omschrijvingen
231902	Verpleegdag kaakchirurgie.	-	Verpleegdag kaakchirurgie.	99	-	-	20160101	20211231	Oude omschrijvingen
231902	Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie.	-	Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie.	99	-	-	20220101		Nieuwe omschrijvingen

Tekstuele wijzigingen zijn opgenomen in de:

- Beleidsregel prestaties en tarieven medisch- specialistische zorg;
- Regeling medisch-specialistische zorg (NR);
- Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg;
- Bijlage 1 Overzicht overige zorgproducten (voorheen Bijlage 4 bij de NR Overzicht overige zorgproducten);
- Bijlage 3 Indeling prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie naar productgroepen (voorheen Bijlage 12 bij de NR Indeling kaakchirurgie prestaties naar productgroepen).

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
BR Document-gegevens	<ul style="list-style-type: none"> • Kaakchirurgie • Kaakchirurgie 	BR Document-gegevens	<ul style="list-style-type: none"> • Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie) 	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie).
BR artikel 7 lid 2, Tabel 2, Hoofdcategorie 4	Subcategorie/inhoud Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg Bijzondere oogheekunde Bijzondere tandheekunde Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's Hyperbare zuurstofbehandeling Kaakchirurgie	BR artikel 7 lid 2, Tabel 2, Hoofdcategorie 4	Subcategorie/inhoud Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg Bijzondere oogheekunde Bijzondere tandheekunde Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's Hyperbare zuurstofbehandeling Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie	In Tabel 2: Onderverdeling overige zorgproducten is de omschrijving van subcategorie kaakchirurgie gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing Medisch-specialistische beademingszorg Onderlinge dienstverlening Pathologie Planningsvergelijking protonen- en fotontherapie Prenatale screening Regiefunctie complexe wondzorg Reiskosten SCEN-consultatie Trombosezorg Verpleging in de thuissituatie		Keuringen, rapporten en informatieverstrekingen Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing Medisch-specialistische beademingszorg Onderlinge dienstverlening Pathologie Planningsvergelijking protonen- en fotontherapie Prenatale screening Regiefunctie complexe wondzorg Reiskosten SCEN-consultatie Trombosezorg Verpleging in de thuissituatie	
BR artikel 7a lid 4 sub a	De prestaties kaakchirurgie zijn ingedeeld in negen medisch inhoudelijke productgroepen, te weten: i. Consultatie ii. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties iii. Dentoalveolaire chirurgie iv. Kaakgewrichtspathologie v. Preprothetische chirurgie vi. Traumatologie vii. Oncologie/reconstructie viii. Chirurgie • Harde weefsels/Orthognathie • Weke delen • Speekselklierchirurgie • Aangezichts- en cosmetische chirurgie	BR artikel 7a lid 4 sub a	De prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie zijn ingedeeld in negen medisch inhoudelijke productgroepen, te weten: i. Consultatie ii. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties iii. Dentoalveolaire chirurgie iv. Kaakgewrichtspathologie v. Preprothetische chirurgie vi. Traumatologie vii. Oncologie/reconstructie viii. Chirurgie • Harde weefsels/Orthognathie • Weke delen • Speekselklierchirurgie • Aangezichts- en cosmetische chirurgie	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
BR Toelichting artikel 1 onderdeel gg	Onderdeel gg: Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten	BR Toelichting artikel 1 onderdeel gg	Onderdeel gg: Tandarts-specialisten voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten	De omschrijving Tandartsspecialisten voor mondziekten en kaakchirurgie is gewijzigd in Tandartsspecialisten voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR DOCUMENT-GEGEVENS	Verrijking gepubliceerd bij document: Thema's: · Geriatrische revalidatiezorg · Medisch-specialistische revalidatiezorg · Spoedeisende hulp · Eerstelijnsdiagnostiek · Kaakchirurgie · Kaakchirurgie	NR DOCUMENT-GEGEVENS	Verrijking gepubliceerd bij document: Thema's: · Geriatrische revalidatiezorg · Medisch-specialistische revalidatiezorg · Spoedeisende hulp · Eerstelijnsdiagnostiek · Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie)	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie)

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 1 onderdeel dd	<p>dd. Poortfunctie</p> <p>Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technologen. Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie uitvoeren, maar declareren alleen overige zorgproducten.</p>	NR artikel 1 onderdeel dd	<p>dd. Poortfunctie</p> <p>Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technologen. Tandarts-specialisten voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie kunnen ook een poortfunctie uitvoeren, maar declareren alleen overige zorgproducten.</p>	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR artikel 9 lid 1	<p>1. Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien deze, op verzoek van de eerste lijn of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling voor welke de dbc-systematiek niet geldt (kaakchirurgie), een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch-specialistische behandeling en diagnostiek levert aan een patiënt.</p>	NR artikel 9 lid 1	<p>1. Een zorgtraject met subtraject ZT41 wordt door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien deze, op verzoek van de eerste lijn of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling voor welke de dbc-systematiek niet geldt (mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie), een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch-specialistische behandeling en diagnostiek levert aan een patiënt.</p>	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR artikel 29 lid 3	3. Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962)	NR artikel 29 lid 3	3. MKA-chirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962)	Kaakchirurgische verrichtingen is gewijzigd in MKA-chirurgische verrichtingen
NR artikel 29 lid 3 sub a	<p>a. De kaakchirurgische verrichtingen omvatten zowel de voorbehandeling als de verrichting zelf, ongeacht of deze in één of meer zittingen plaatsvinden. Voor het poliklinisch behandelen van complicaties die het gevolg zijn van de uitgevoerde kaakchirurgische verrichting, mag een aparte verrichting voor de complicatiebehandeling in rekening gebracht worden, mits dit niet dezelfde verrichting is als de oorspronkelijke ingreep. Indien er géén aparte verrichting voor de complicatiebehandeling bestaat of in rekening gebracht kan worden, mag een herhaalconsult in rekening worden gebracht.</p>	NR artikel 29 lid 3 sub a	<p>a. De MKA-chirurgische verrichtingen omvatten zowel de voorbehandeling als de verrichting zelf, ongeacht of deze in één of meer zittingen plaatsvinden. Voor het poliklinisch behandelen van complicaties die het gevolg zijn van de uitgevoerde MKA-chirurgische verrichting, mag een aparte verrichting voor de complicatiebehandeling in rekening gebracht worden, mits dit niet dezelfde verrichting is als de oorspronkelijke ingreep. Indien er géén aparte verrichting voor de complicatiebehandeling bestaat of in rekening gebracht kan worden, mag een herhaalconsult in rekening worden gebracht.</p>	Kaakchirurgische verrichtingen is gewijzigd in MKA-chirurgische verrichtingen

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 29 lid 3 sub I	I. Dagverpleging kaakchirurgie (231901) Een aantal uren durende vorm van verpleging, op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, die op dezelfde dag plaatsvindt als een kaakchirurgisch onderzoek of behandeling. Deze vorm van verpleging moet in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk zijn, in verband met het kaakchirurgisch onderzoek en/of behandeling.	NR artikel 29 lid 3 sub I	I. Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231901) Een aantal uren durende vorm van verpleging, op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, die op dezelfde dag plaatsvindt als een MKA-chirurgisch onderzoek of behandeling. Deze vorm van verpleging moet in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk zijn, in verband met het MKA-chirurgisch onderzoek en/of behandeling.	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie. Kaakchirurgisch is gewijzigd in MKA-chirurgisch.
NR artikel 29 lid 3 sub m	m. Verpleegdag kaakchirurgie (231902) Voor de definitie van verpleegdag zie artikel 24 lid 13.	NR artikel 29 lid 3 sub m	m. Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231902) Voor de definitie van verpleegdag zie artikel 24 lid 13.	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR artikel 34a lid 10	10. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan declareert de zorgverlener het geneesmiddel als add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor. In dat geval wordt een dergelijk geneesmiddel dus niet meer als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening gebracht. Geneesmiddelen die worden ingezet in het kader van Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962) maken wel onderdeel uit van deze verrichtingen en worden niet door middel van een add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor gedeclareerd. Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.	NR artikel 34a lid 10	10. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan declareert de zorgverlener het geneesmiddel als add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor. In dat geval wordt een dergelijk geneesmiddel dus niet meer als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening gebracht. Geneesmiddelen die worden ingezet in het kader van MKA-chirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962) maken wel onderdeel uit van deze verrichtingen en worden niet door middel van een add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor gedeclareerd. Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.	Kaakchirurgische verrichtingen is gewijzigd in MKA-chirurgische verrichtingen
NR artikel 34d lid 4	4. Declaratiebepalingen kaakchirurgische verrichtingen	NR artikel 34d lid 4	4. Declaratiebepalingen MKA-chirurgische verrichtingen	Kaakchirurgische verrichtingen is gewijzigd in MKA-chirurgische verrichtingen

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 34d lid 4 sub a	<p>a. Consult mondziekten-, kaak- en aangezichtschirurgie (234001, 234002 en 234004) Indien een consult kaakchirurgie in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting uit productgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht. Per kalenderdag mag maximaal één consult in rekening gebracht worden.</p> <p>Een consult kaakchirurgie mag ook gedeclareerd worden indien de kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog als hoofdbehandelaar deelneemt aan een multidisciplinair consult, met minimaal een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en/of ondersteunend specialist van een ander medisch specialisme, mits voldaan wordt aan de genoemde voorwaarden in artikel 29, lid 3, sub b, c, d.</p>	NR artikel 34d lid 4 sub a	<p>a. Consult mondziekten-, kaak- en aangezichtschirurgie (234001, 234002 en 234004) Indien een consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting uit productgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht. Per kalenderdag mag maximaal één consult in rekening gebracht worden. Een consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie mag ook gedeclareerd worden indien de kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog als hoofdbehandelaar deelneemt aan een multidisciplinair consult, met minimaal een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en/of ondersteunend specialist van een ander medisch specialisme, mits voldaan wordt aan de genoemde voorwaarden in artikel 29, lid 3, sub b, c, d.</p>	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR artikel 34d lid 4 sub b	<p>b. Assistentie bij een kaakchirurgische verrichting (230002) Assistentie mag alleen in rekening worden gebracht indien het noodzakelijk was dat de assisterende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook daadwerkelijk een deel van de verrichting uitvoerde. In de persoon van een medisch adviseur kan inzage verkregen worden in het operatieverslag waaruit zal blijken dat de assisterende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook noodzakelijk en daadwerkelijk (een deel van) de verrichting uitvoerde. De prestatie assistentie mag enkel in rekening gebracht worden indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de kaakchirurg zich op medische gronden doet bijstaan door een collega kaakchirurg of tandartsspecialist; of • de kaakchirurg zich bij een klinische verrichting op medische gronden doet bijstaan door een tandarts of arts, niet zijnde een tandartsspecialist of medisch specialist. Deze prestatie mag per operatiesessie meermaals, maar maximaal één keer per verrichting in rekening worden gebracht. Dit geldt ook indien meer dan één arts assisteert. 	NR artikel 34d lid 4 sub b	<p>b. Assistentie bij een MKA-chirurgische verrichting (230002) Assistentie mag alleen in rekening worden gebracht indien het noodzakelijk was dat de assisterende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook daadwerkelijk een deel van de verrichting uitvoerde. In de persoon van een medisch adviseur kan inzage verkregen worden in het operatieverslag waaruit zal blijken dat de assisterende kaakchirurg, tandartsspecialist, tandarts of arts ook noodzakelijk en daadwerkelijk (een deel van) de verrichting uitvoerde. De prestatie assistentie mag enkel in rekening gebracht worden indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de kaakchirurg zich op medische gronden doet bijstaan door een collega kaakchirurg of tandartsspecialist; of • de kaakchirurg zich bij een klinische verrichting op medische gronden doet bijstaan door een tandarts of arts, niet zijnde een tandartsspecialist of medisch specialist. Deze prestatie mag per operatiesessie meermaals, maar maximaal één keer per verrichting in rekening worden gebracht. Dit geldt ook indien meer dan één arts assisteert. 	Kaakchirurgische verrichtingen is gewijzigd in MKA-chirurgische verrichtingen

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 34d lid 4 sub c	c. Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044) Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, mag slechts één verrichtingsnummer worden gedeclareerd. De kaakchirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudo-artrose, mag als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.	NR artikel 34d lid 4 sub c	c. Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044) Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, mag slechts één verrichtingsnummer worden gedeclareerd. De MKA-chirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudo-artrose, mag als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.	Kaakchirurgische ingreep is gewijzigd in MKA-chirurgische ingreep
NR artikel 34d lid 4 sub g	g. Taakdelegatie Bij sommige kaakchirurgische zorgvragen wordt een deel van de behandeling uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld mondhygiënist). Hiervoor mogen kaakchirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg hoofdbehandelaar is en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg.	NR artikel 34d lid 4 sub g	g. Taakdelegatie Bij sommige MKA-chirurgische zorgvragen wordt een deel van de behandeling uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld mondhygiënist). Hiervoor mogen MKA-chirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg hoofdbehandelaar is en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg.	Kaakchirurgische is gewijzigd in MKA-chirurgische
NR artikel 34d lid 4 sub h	h. Dagverpleging kaakchirurgie (231901) Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie Verpleegdag kaakchirurgie (231902) of een consultprestatie (234001, 234002 of 234004) worden gedeclareerd.	NR artikel 34d lid 4 sub h	h. Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231901) Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231902) of een consultprestatie (234001, 234002 of 234004) worden gedeclareerd.	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR artikel 34d lid 4 sub i	i. Verpleegdag kaakchirurgie (231902) Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie Dagverpleging kaakchirurgie (231901) of een consultprestatie (234001, 234002 of 234004) worden gedeclareerd.	NR artikel 34d lid 4 sub i	i. Verpleegdag mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231902) Deze prestatie mag niet in combinatie met prestatie Dagverpleging mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (231901) of een consultprestatie (234001, 234002 of 234004) worden gedeclareerd.	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR artikel 34d lid 4 sub j	j. Techniekkosten (230000) Techniekkosten mogen additioneel in rekening worden gebracht bij de volgende kaakchirurgische prestaties: 234196, 234195, 239961, 239962, 234190 en 234192.	NR artikel 34d lid 4 sub j	j. Techniekkosten (230000) Techniekkosten mogen additioneel in rekening worden gebracht bij de volgende MKA-chirurgische prestaties: 234196, 234195, 239961, 239962, 234190 en 234192.	Kaakchirurgische prestaties is gewijzigd in MKA-chirurgische prestaties
NR TOELICHTING artikel 31 lid 2	Lid 2: Instellingen die kaakchirurgie leveren vallen volgens de aanwijzing integrale tarieven onder instellingen voor medisch-specialistische zorg.	NR TOELICHTING artikel 31 lid 2	Lid 2: Instellingen die mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie leveren vallen volgens de aanwijzing integrale tarieven onder instellingen voor medisch-specialistische zorg.	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
NR Bijlagen	Bijlage 12 Indeling kaakchirurgie prestaties naar productgroepen	NR Bijlagen	Bijlage 3 Indeling prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie naar productgroepen	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
TB Document-gegevens	<p>Verrijking gepubliceerd bij document: Thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eerstelijnsdiagnostiek · Geriatrische revalidatiezorg · Kaakchirurgie · Medisch-specialistische revalidatiezorg · Spoedeisende hulp · Kaakchirurgie 	TB Document-gegevens	<p>Verrijking gepubliceerd bij document: Thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eerstelijnsdiagnostiek · Geriatrische revalidatiezorg · Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie) · Medisch-specialistische revalidatiezorg · Spoedeisende hulp · Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie) 	De omschrijving van het specialisme kaakchirurgie is gewijzigd in mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie)
TB Toelichting	<p>Kaakchirurgen en instellingen</p> <p>De meeste kaakchirurgen zijn werkzaam in een ziekenhuis en declareren de door hen geleverde zorg via het ziekenhuis (de instelling). Maar een beperkt aantal kaakchirurgen werkt in een ander type instelling. Een instelling (organisatorisch verband) die (dat) gespecialiseerde mondzorg levert zoals kaakchirurgen plegen te bieden, geldt op grond van de aanwijzing² van de minister van VWS d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, als een instelling voor medisch-specialistische zorg. Een gespecialiseerd of bijzonder tandheelkundig centrum niet zijnde een ziekenhuis, waar behalve tandartsen en/of mondhygiënisten, ook één of meer kaakchirurgen werkzaam zijn, moet dus - ook als er in totaal minder dan 10 zorgverleners als bedoeld in artikel 1 van de Wtza in deze instelling werkzaam zijn - beschikken over een toelatingsvergunning krachtens de Wtza om rechtsgeldig kaakchirurgische (overige) zorgproducten in rekening te kunnen brengen.</p>	TB Toelichting	<p>Kaakchirurgen en instellingen</p> <p>De meeste kaakchirurgen zijn werkzaam in een ziekenhuis en declareren de door hen geleverde zorg via het ziekenhuis (de instelling). Maar een beperkt aantal kaakchirurgen werkt in een ander type instelling. Een instelling (organisatorisch verband) die (dat) gespecialiseerde mondzorg levert zoals kaakchirurgen plegen te bieden, geldt op grond van de aanwijzing² van de minister van VWS d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, als een instelling voor medisch-specialistische zorg. Een gespecialiseerd of bijzonder tandheelkundig centrum niet zijnde een ziekenhuis, waar behalve tandartsen en/of mondhygiënisten, ook één of meer kaakchirurgen werkzaam zijn, moet dus - ook als er in totaal minder dan 10 zorgverleners als bedoeld in artikel 1 van de Wtza in deze instelling werkzaam zijn - beschikken over een toelatingsvergunning krachtens de Wtza om rechtsgeldig MKA-chirurgische (overige) zorgproducten in rekening te kunnen brengen.</p>	Kaakchirurgische (overige) zorgproducten gewijzigd in MKA-chirurgische (overige) zorgproducten.

In de Handleiding dbc-systematiek is in bijlage 5 de omschrijving van subcategorie Kaakchirurgie gewijzigd in Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie.

2.1.8 Verzamelverzoek regels medisch-specialistische zorg RZ22b

Referentienummer: 202981
 Releasebestand(en): BR, NR
 Specialisme(n): Verschillende
 Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Naar aanleiding van vragen, signalen en/of ontwikkelingen in de praktijk is het noodzakelijk gebleken een aantal wijzigingen door te voeren in de Beleidsregel Prestaties en Tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg.

Doorgevoerde wijziging(en)

In onderstaande tabel zijn de wijzigingen (oud en nieuw) opgenomen en toegelicht (zie kolom Toelichting).

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
BR artikel 1, onderdeel v	v. Instelling Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijke persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen.	BR artikel 1, onderdeel v	v. Instelling Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent of doet verlenen, organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen of natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen, met uitzondering van een instelling die binnen het kader van de binnen een andere instelling verleende zorg een deel van die zorg verleent.	In de definitie van 'instelling' ontbreekt abusievelijk het laatste gedeelte (bijzin) van de begripsbepaling. Dit is een belangrijke bijzin, omdat hiermee o.a. de msb's, die binnen een ziekenhuis operationeel zijn, buiten het instellingsbegrip vallen.
Toelichting BR artikel 1 onderdeel v	Onderdeel v: In het kader van deze beleidsregel worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg verstaan; (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.	Toelichting BR artikel 1 onderdeel v	Onderdeel v: In het kader van deze beleidsregel worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg instellingen verstaan die geneeskundige zorg leveren zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waartoe in ieder geval behoren: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-instellingen, instellingen voor medisch specialistische revalidatie, radiotherapeutische centra, gespecialiseerde longcentra, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen.	Instellingsbegrip is aangepast en in lijn gebracht met de reikwijdtebepaling van de BR. Het betreft géén limitatieve opsomming meer.
BR artikel 1, onderdeel aa	aa. Medisch-specialistische zorg Medisch-specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg (fz).	BR artikel 1, onderdeel aa	aa. Medisch-specialistische zorg Bij ministeriële regeling aangewezen zorg die door een arts wordt verleend en valt binnen de bijzondere deskundigheid van artsen aan wie de bevoegdheid toekomt tot het voeren van een wettelijk erkende specialistentitel als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, met inbegrip van gespecialiseerde mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg.	Omschrijving van begrip 'msz' in de NR is vorig jaar (RZ22a) gewijzigd, waarbij aansluiting is gezocht bij de definitie van msz in de nieuwe Wtza. In de BR is dat destijds abusievelijk vergeten. De omschrijving van msz in de BR wordt nu gelijk getrokken met die van de NR.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
BR artikel 13 lid 4	Over de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Deze maximumtarieven voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-ongeneesmiddelen, ozp-stollingsfactoren, prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen van de geestelijke en forensische zorg alsmede een beperkt aantal prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen uit de eerstelijnszorg), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking mag aan een ieder in rekening worden gebracht. ...	BR artikel 13 lid 4		De verwijzing naar de GGZ en de FZ wordt verwijderd, zodat dit artikel in lijn is met de gewijzigde reikwijdte bepaling.
BR artikel 14 lid 4	Voor de volgende 4 overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de geestelijke en forensische zorg: Geestelijke en forensische zorg (198300, 198301, 198304 en 198370) uit de categorie 'ozp overige trajecten'.	BR artikel 14 lid 4	-	Deze overige zorgproducten maken niet langer onderdeel uit van de NR en worden zodoende verwijderd.
NR artikel 7 lid 1	Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.	NR artikel 7 lid 1	Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.	Verduidelijkt dat een icc ook is toegestaan als patiënt op de NICU of PICU ligt.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 24 lid 20	<p>Medebehandeling (190017)</p> <p>Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per face-to-face contact met de patiënt in het kader van medebehandeling vastgelegd.</p>	NR artikel 24 lid 20	<p>Medebehandeling (190017)</p> <p>Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per contact met de patiënt in het kader van medebehandeling vastgelegd.</p> <p>Een medebehandeling op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.</p>	<p>Verduidelijkt dat een medebehandeling ook is toegestaan als patiënt op de NICU of PICU ligt.</p> <p>Per 2022 is het structureel toegestaan om een medebehandeling (190017) te registreren indien het contact tussen patiënt en zorgverlener op afstand heeft plaatsgevonden (zie wijzigingsverzoek 202929).</p>
NR artikel 24 lid 29	<p>Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)</p> <p>Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.</p> <p>De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een definitieve klinische overname door een andere instelling die valt onder de reikwijdte van deze regeling op dag van of de dag na opname; • overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname. <p>Een verpleegdag mag niet geregistreerd worden wanneer een patiënt voor 20:00 uur overgeplaatst wordt naar een klinische setting in de thuissituatie.</p>	NR artikel 24 lid 29	<p>Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)</p> <p>Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.</p> <p>De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een definitieve klinische overname door een andere instelling in Nederland of het buitenland die zorg levert zoals genoemd in artikel 3 (Reikwijdte), eerste en tweede lid, van deze regeling, waarbij die overname plaatsvindt op dag van of de dag na opname in de initiële instelling; • overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname. <p>Een verpleegdag mag niet geregistreerd worden wanneer een patiënt vóór 20:00 uur overgeplaatst wordt naar een klinische setting in de thuissituatie.</p>	<p>Een verpleegdag mag ook geregistreerd worden indien een patiënt wordt overgenomen door een buitenlands ziekenhuis.</p> <p>Het gaat erom dat sprake is van een overname door een instelling die zorg levert zoals omschreven in de reikwijdte bepaling.</p> <p>Het is nooit de bedoeling geweest dat de initiële instelling wel een verpleegdag mag registreren indien patiënt wordt overgenomen door een Nederlands ziekenhuis, maar geen verpleegdag mag registreren indien een patiënt wordt overgenomen door een buitenlands ziekenhuis. In beide gevallen is sprake van een overname door een msz-instelling.</p>

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
-	-	NR artikel 24 lid 93	<p>93. Consult van de partner bij een gezamenlijk consult bij een zorgvraag infertiliteit (voor de andere partner wordt een polikliniekbezoek of een consult op afstand vastgelegd) (190069)</p> <p>Wanneer tijdens een gezamenlijk consult in het kader van een zorgvraag infertiliteit bij de man een algemene en speciële anamnese wordt afgenomen en onderzoek wordt ingezet, mag zorgactiviteit 190069 in een apart zorgtraject voor de man worden geregistreerd. Voor de vrouw wordt een polikliniekbezoek of consult op afstand geregistreerd.</p>	Tot op heden stond de specifieke omschrijving en de aanvullende registratievoorwaarden bij zorgactiviteit 190069 alleen toegelicht in de veelgestelde vragen op de website van de NZa. Echter hoort een dergelijke toelichting thuis in de Nadere Regel en is zodoende hier opgenomen.
NR artikel 28 lid 1	Voor de overige zorgproducten ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek, orthoptie en oefentherapie is vanwege directe toegang verwijzing vanuit de eerste lijn niet noodzakelijk.	NR artikel 28 lid 1	Voor de overige zorgproducten ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek, orthoptie, optometrie en oefentherapie is vanwege directe toegang verwijzing vanuit de eerste lijn niet noodzakelijk.	Optometrie is toegevoegd en daarmee in lijn gebracht met artikel 37 lid 1 sub i NR. Deze ontbrak in de opsomming ten aanzien van directe toegang. Deze wijziging is per abuis niet opgenomen in de RZ22a.
NR artikel 29 lid 1	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg (199871 t/m 199874, 199881 t/m 199886, 199891 t/m 199897, 199903 t/m 199907) Deze overige verrichtingen mogen enkel gedeclareerd worden indien er onverzekerde zorg in combinatie met verzekerde zorg wordt geleverd tijdens de looptijd van een dbc-zorgproduct. Indien binnen de looptijd van een dbc-zorgproduct uitsluitend onverzekerde of verzekerde zorg wordt geleverd, dan wordt gebruik gemaakt van reguliere zorgactiviteiten die binnen het dbc-zorgproduct worden vastgelegd.	NR artikel 29 lid 1	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg (199871 t/m 199875, 199881 t/m 199886, 199891 t/m 199897, 199903 t/m 199907) Deze overige verrichtingen mogen enkel gedeclareerd worden indien er onverzekerde zorg in combinatie met verzekerde zorg wordt geleverd tijdens de looptijd van een dbc-zorgproduct. Indien binnen de looptijd van een dbc-zorgproduct uitsluitend onverzekerde of verzekerde zorg wordt geleverd, dan wordt gebruik gemaakt van reguliere zorgactiviteiten die binnen het dbc-zorgproduct worden vastgelegd.	Per 2022 is een nieuw ozp geïntroduceerd voor het gebruik van de femtosecond laser. Dit ozp (199875) is toegevoegd aan dit artikel. Deze wijziging is per abuis niet opgenomen in de RZ22a.
NR artikel 31 lid 2	2. Voor instellingen geldt, in aanvulling op lid 1, dat zij in het bezit dienen te zijn van een toelatingsvergunning als bedoeld in artikel 4 van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), tenzij zij behoren tot een categorie die bij of krachtens deze wet is uitgezonderd van de verplichting om over een toelatingsvergunning te beschikken. Van deze verplichting zijn in ieder geval uitgezonderd instellingen die uitsluitend medisch-specialistische zorg leveren waarop geen aanspraak bestaat bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (hier wordt bedoeld op onverzekerde zorg).	NR artikel 31 lid 2	2. Voor instellingen geldt, in aanvulling op lid 1, dat zij in het bezit dienen te zijn van een toelatingsvergunning als bedoeld in artikel 4 van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), tenzij zij behoren tot een categorie zorgaanbieders die bij of krachtens deze wet is uitgezonderd van de verplichting om over een toelatingsvergunning te beschikken.	Anders dan de Wtzi, is de reikwijdte van de Wtza niet beperkt tot instellingen die zorg leveren bij of krachtens de Zvw of Wlz (= verzekerde zorg), maar is de Wtza ook van toepassing op zorgaanbieders (instellingen en solisten) die onverzekerde zorg leveren.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
Toelichting NR artikel 26 lid 4 sub b	Lid 4 onderdeel b: De prestatie 'Verkeerde bed' wordt ten laste van de Wlz gebracht. De prestatieomschrijving en het tarief sluiten dan ook aan bij de regels voor de Wlz.	NR artikel 34a lid 18	De prestatie 'Verkeerde bed' komt ten laste van de Wlz en wordt diensgevolge in rekening gebracht bij het zorgkantoor.	Uit de omschrijving blijkt onvoldoende dat deze prestatie in rekening gebracht dient te worden bij het zorgkantoor. Dit is verduidelijkt.
-	-	Toelichting NR artikel 34a lid 18	De prestatieomschrijving en het tarief sluiten aan bij de regels voor de Wlz.	Zie toelichting NR artikel 34a lid 18 hierboven.
Prestatie- en tariefbeschikking msz (TB/REG-22613-01) Onder kopje 'Voorwaarden, voorschriften en beperkingen', nummer 8	8. Dbc-zorgproducten voor complex chronische longaandoeningen (dbc-zorgproductcodes 990022034 t/m 990022085) worden uitsluitend in rekening gebracht door derdelijns longcentra (categorale instellingen voor long-astmazorg): Centrum voor Revalidatie UMCG locatie Beatrixoord te Haren, CIRO Expertisecentrum voor Chronisch Orgaanfalen, Radboudumc Dekkerswald, Revant centrum complex chronisch longfalen te Breda, Merem Behandelcentra te Hilversum en stichting MC Astmacentrum (eigenaar Nederlands Astmacentrum Davos).	Prestatie- en tariefbeschikking msz (TB/REG-22613-02) Onder kopje 'Voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen', nummer 8	8. Dbc-zorgproducten voor complex chronische longaandoeningen (dbc-zorgproductcodes 990022036 e.v. in de 'Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten' (zie bijlage 1 bij deze beschikking)), worden uitsluitend in rekening gebracht door gespecialiseerde longcentra (categorale instellingen voor long-astmazorg), waarvan er zes bestaan, te weten: <ul style="list-style-type: none"> • Centrum voor Revalidatie UMCG, locatie Beatrixoord te Haren; • CIRO Expertisecentrum voor chronisch orgaanfalen te Horn; • Radboudumc Dekkerswald te Groesbeek; • Revant centrum complex chronisch longfalen te Breda; • Stichting Merem behandelcentra, Heideheuvel te Hilversum; • Stichting MC Astmacentrum, Nederlands Astmacentrum Davos, Zwitserland. 	Door de wijziging van de productstructuur voor ccl-zorg die per 1-1-2021 van kracht is geworden, zijn sommige zorgproductcodes voor ccl vervallen, sommige ongewijzigd gebleven en sommige nieuw toegevoegd. Dit had eigenlijk al in de beschikking die behoort bij de RZ21a en RZ21b moeten worden aangepast, maar is toen vergeten. Daarom gebeurt het nu alsnog.
Toelichting NR artikel 1 onderdeel t	Onderdeel t: In het kader van deze regeling worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg verstaan; (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.	Toelichting NR artikel 1 onderdeel t	Onderdeel t: In het kader van deze regeling worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg verstaan instellingen die geneeskundige zorg leveren zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waartoe in ieder geval behoren: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-instellingen, instellingen voor medisch specialistische revalidatie, radiotherapeutische centra, gespecialiseerde longcentra, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen. Ook instellingen die geriatrie revalidatiezorg als bedoeld in artikel 2.5c Besluit zorgverzekering (Bzv) of zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a Bzv leveren, vallen onder het instellingsbegrip van dit artikel.	Instellingsbegrip is aangepast en in lijn gebracht met de reikwijdtebepaling van de Nadere Regel. Het betreft géén limitatieve opsomming meer.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
-	-	Toelichting NR artikel 36 lid 1 onderdelen m, n en o	<p>Artikel 36 lid 1</p> <p>- onderdelen m, n en o: In deze onderdelen is de verplichting voor zorgaanbieders opgenomen om, in de gevallen en op de wijze zoals daar beschreven, het type verwijzer (onderdeel m), de agb-code van de verwijzer (onderdeel n) en de agb-code van het verwijzend specialisme (onderdeel o) op de declaratie te vermelden. Deze verplichting sluit aan bij artikel 14, lid 2, Zvw waarin - vrij vertaald - is vastgelegd dat patiënten slechts toegang hebben tot de Zvw-verzekerde zorg als hieraan een verwijzing van een huisarts, of andere medisch specialist ten grondslag ligt. Zorgverzekeraars moeten deze verplichting opnemen in hun polisvoorwaarden. Analoog aan dit artikel in de Zvw hebben ook de bepalingen in deze regeling met betrekking tot de verplichte registratie van de verwijzer, resp. het verwijzend specialisme, uitsluitend betrekking op verzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling valt en dus niet op aanvullend verzekerde en onverzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling vallen.</p> <p>Voor de aanvullend verzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling valt, geldt dat zorgverzekeraars zelf (in hun modelovereenkomsten, c.q. zorgpolissen) kunnen bepalen of en op welke manier een verwijsplicht geldt om toegang tot en vergoeding van die zorg te krijgen. Voor het afdwingen van de naleving hiervan kunnen zorgverzekeraars niet terugvallen op de verplichtingen hieromtrent in deze regeling, omdat – zoals gezegd – deze uitsluitend betrekking hebben op de verzekerde zorg die onder de reikwijdte van deze regeling valt. Voor onverzekerde zorg geldt de verwijsplicht sowieso niet. De patiënt betaalt de kosten van onverzekerde zorg immers zelf; de zorgverzekeraar speelt daarbij geen (wettelijke) rol. Dit wil overigens niet zeggen, dat het nooit zou kunnen voorkomen dat iemand via doorverwijzing van de huisarts of andere medisch-specialist bij een zorgaanbieder terecht komt waar hij/zij onverzekerde zorg ontvangt. Maar als dat gebeurt, dan ligt aan die verwijzing geen wettelijke verplichting ten grondslag.</p>	<p>Verwijsplicht: registratie type verwijzer, agb-code verwijzer of verwijzend specialisme op de nota.</p> <p>Toelichting: verplichting is wettelijk beperkt tot de verzekerde zorg. Dit bleek niet/onvoldoende uit de tekst van onze regelgeving. Vandaar deze nieuwe, extra toelichting.</p>

2.1.9 Aanpassen verwijzing en nummering bijlagen bij de Regeling medisch-specialistische zorg

Referentienummer: 202987
 Releasebestand(en): NR
 Specialisme(n): Verschillende
 Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Naar aanleiding van het project 'Flexibiliseren releases' zijn partijen overeengekomen om, met ingang van dbc-release RZ22a, het aantal releasebestanden in te perken. Dit omdat de betreffende informatie niet meer van belang wordt geacht of op een andere wijze is te raadplegen. Doel van het project 'Flexibiliseren releases' is het zodanig herinrichten van dbc-releases dat gewenste aanpassingen in de productstructuur of regels, die door het veld noodzakelijk worden geacht, zo snel mogelijk verwerkt en uitgeleverd kunnen worden.

Doorgevoerde wijziging(en)

Voor dbc-release RZ22b zijn partijen akkoord om een aantal bijlagen bij de Regeling medisch-specialistische zorg (NR) aanvullend te laten vervallen. Dit omdat de informatie binnen deze bijlagen ook terug te vinden is in andere releasebestanden.

Daar waar binnen de regels voorheen werd verwezen naar een specifieke bijlage, wordt met ingang van dbc-release RZ22b verwezen naar een specifiek releasebestand waarbinnen de informatie uit de oude bijlage is terug te vinden. Het betreft de volgende bijlagen:

Verwijzing tot RZ22b	Verwijzing vanaf RZ22b
Bijlage 1 Overzicht dbc-zorgproducten	Zorgproducten Tabel
Bijlage 2 Typeringslijsten per specialisme	Typeringslijsten per specialisme
Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel	Zorgactiviteiten Tabel
Bijlage 5 Afsluitregelstabel	Afsluitregels Tabel
Bijlage 6 Diagnose combinatie tabel	Diagnose Combinatie Tabel
Bijlage 7 Overzicht zorgactiviteiten op nota	Zorgactiviteiten Tabel
Bijlage 9 Overzicht dbc-zorgproducten op nota	Zorgproducten Tabel

De resterende bijlagen bij de NR zijn vervolgens opnieuw genummerd en wel als volgt:

Verwijzing tot RZ22b	Verwijzing vanaf RZ22b
Bijlage 4 Overzicht overige zorgproducten	Bijlage 1 Overzicht overige zorgproducten
Bijlage 8 Privacyverklaring	Bijlage 5 Privacyverklaring
Bijlage 10 Sjabloon standaardprijslijst	Bijlage 2 Sjabloon standaardprijslijst
Bijlage 11 Toelichting regels afleiding	Bijlage 4 Toelichting regels afleiding
Bijlage 12 Indeling kaakchirurgie prestaties naar productgroepen	Bijlage 3 Indeling prestaties mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie naar productgroepen

In de Handleiding dbc-release RZ22b is een totaaloverzicht opgenomen met meer informatie hierover.

Overgangperiode

Dbc-release RZ22b wordt – zoals verzocht door branchepartijen – gebruikt als overgangperiode voor het uitleveren van minder releasebestanden.

Ondanks zorgvuldige inventarisatie door partijen kan het voorkomen dat door gebruikers het niet meer uitleveren van bovenstaande bijlagen bij de Regeling medisch-specialistische zorg als een groot gemis wordt ervaren. In die gevallen is het goed om dit, inclusief onderbouwing, kenbaar te maken bij de eigen branchepartij.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 5 lid 4 sub b	Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetyping mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel (bijlage 6).	NR artikel 5 lid 4 sub b	Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetyping mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijden een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de Diagnose Combinatie Tabel.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 5 lid 4 sub c	Er wordt geen parallel zorgtraject geopend: <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de combinatie van beide diagnoses voorkomt in de diagnose-combinatietabel (bijlage 6). 	NR artikel 5 lid 4 sub c	Er wordt geen parallel zorgtraject geopend: <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de combinatie van beide diagnoses voorkomt in de Diagnose Combinatie Tabel. 	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 30 lid 2 sub c	Een grouper leidt op basis van de ingevoerde declaratiedataset af conform de door de NZa vastgestelde tabellen en beslisbomen. In bijlage 11 'Toelichting regels afleiding' welke onderdeel uitmaakt van deze regelgeving, is opgenomen hoe deze afleiding plaatsvindt;	NR artikel 30 lid 2 sub c	Een grouper leidt op basis van de ingevoerde declaratiedataset af conform de door de NZa vastgestelde tabellen en beslisbomen. In bijlage 4 'Toelichting regels afleiding' welke onderdeel uitmaakt van deze regelgeving, is opgenomen hoe deze afleiding plaatsvindt;	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 36 lid 1 sub l	Consumentenomschrijving (lekenomschrijving). Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor dbc-zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld, zoals opgenomen in het overzicht dbc-zorgproducten (bijlage 1 van deze regeling).	NR artikel 36 lid 1 sub l	Consumentenomschrijving (lekenomschrijving). Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor dbc-zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld, zoals opgenomen in de Zorgproducten Tabel.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 36 lid 1 sub r	Zorgactiviteiten. <ul style="list-style-type: none"> • Indien één van de in bijlage 7 genoemde zorgactiviteiten deel uit maakt van het lokale profiel van een dbc-zorgproduct geopend na 31 mei 2014, worden de code, consumentenomschrijving, het aantal registraties en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit vermeld op de declaratie. 	NR artikel 36 lid 1 sub r	Zorgactiviteiten. <ul style="list-style-type: none"> • Indien één van de in de Zorgactiviteiten Tabel genoemde zorgactiviteiten deel uit maakt van het lokale profiel van een dbc-zorgproduct geopend na 31 mei 2014, worden de code, consumentenomschrijving, het aantal registraties en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit vermeld op de declaratie. 	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 36 lid 2	De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdeel r (zorgactiviteiten), is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.	NR artikel 36 lid 2	De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdeel r (zorgactiviteiten), is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 5 van deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 36 lid 3	De zorgaanbieder is verplicht in zijn administratie een afschrift te houden van een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling.	NR artikel 36 lid 3	De zorgaanbieder is verplicht in zijn administratie een afschrift te houden van een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 5 van deze regeling.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 36 lid 4	Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van nota's die, vergezeld van een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt uitsluitend plaats door of onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.	NR artikel 36 lid 4	Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van nota's die, vergezeld van een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 5 van deze regeling, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt uitsluitend plaats door of onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 37 lid 1 sub h	Consumentenomschrijving. Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor overige zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld, zoals opgenomen in het overzicht overige zorgproducten (bijlage 4 van deze regeling). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren bestaat de consumentenomschrijving uit de artikelomschrijving van het betreffende ZI-nummer zoals opgenomen in de G-standaard.	NR artikel 37 lid 1 sub h	Consumentenomschrijving (lekenomschrijving). Op de declaratie van de zorgverlener aan de patiënt wordt voor overige zorgproducten de zorgproduct consumentenomschrijving vermeld, zoals opgenomen in het overzicht overige zorgproducten (bijlage 1 van deze regeling). Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren bestaat de consumentenomschrijving uit de artikelomschrijving van het betreffende ZI-nummer, zoals opgenomen in de G-standaard.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
NR artikel 37 lid 3	De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdelen e en m, is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.	NR artikel 37 lid 3	De verplichting genoemd in het eerste lid, onderdelen e en m, is niet van toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend als bedoeld in bijlage 5 van deze regeling. Deze verklaring is voor de zorgverzekeraar te allen tijde opvraagbaar.	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 38 lid 3	<p>De standaard prijslijst bevat de volgende onderdelen, zoals vastgesteld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • de dbc-zorgproductcode; • het dbc-zorgproduct (consumenten)omschrijving; • de declaratiecode; • de periode waarvoor de totaalprijs geldt (ingangsdatum en eventueel einddatum); • het integrale actuele tarief voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening mag brengen. • een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel, door opname van 'definities' zoals vermeld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 10). 	NR artikel 38 lid 3	<p>De standaardprijslijst bevat de volgende onderdelen, zoals vastgesteld in het sjabloon 'standaardprijslijst' (bijlage 2 bij deze regeling):</p> <ul style="list-style-type: none"> • de dbc-zorgproductcode; • de dbc-zorgproduct (consumenten)omschrijving; • de declaratiecode; • de periode waarvoor de totaalprijs geldt (ingangsdatum en eventueel einddatum); • het integrale actuele tarief voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening mag brengen. • een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel, door opname van 'definities' zoals vermeld in het sjabloon 'standaardprijslijst' (bijlage 2 bij deze regeling). 	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
Toelichting NR artikel 19	Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met de afsluitregelcode (zie bijlage 5).	Toelichting NR artikel 19	Het nummer achter de uitzonderingsregel correspondeert met de afsluitregelcode (zie de Afsluitregels Tabel).	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.
Toelichting NR artikel 37 lid 3	Lid 3: Indien een patiënt en een zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 8 van deze regeling hebben ondertekend, ontslaat dit de zorgaanbieder niet van de verplichting de betreffende zorgactiviteit(en) of indicatie(s), tezamen met een kopie van de ondertekende privacyverklaring, in zijn informatiesysteem vast te leggen (te registreren).	Toelichting NR artikel 37 lid 3	Lid 3: Indien een patiënt en een zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring als bedoeld in bijlage 5 van deze regeling hebben ondertekend, ontslaat dit de zorgaanbieder niet van de verplichting de betreffende zorgactiviteit(en) of indicatie(s), tezamen met een kopie van de ondertekende privacyverklaring, in zijn informatiesysteem vast te leggen (te registreren).	Naar aanleiding van het project 'flexibiliseren releases' wordt een aantal bijlagen niet langer uitgeleverd. Daartoe zijn verwijzingen in de regelgeving aangepast.

2.2 Productstructuur

In deze paragraaf informeren wij u over:

- wijzigingen in de afleiding naar bestaande dbc-zorgproducten;
- introductie nieuwe dbc-zorgproducten;
- beëindigingen dbc-zorgproducten.

De wijzigingen van de Latijnse omschrijvingen en de consumentenomschrijvingen in de zorgproductentabel (3^e, respectievelijk 4^e kolom) zijn ook beschreven.

Wijzigingen in de zorgproductomschrijvingen (2^e kolom) zijn in dit document *niet* beschreven.

2.2.1 Percutane transforaminale endoscopische discectomie van Voorwaardelijke Toelating naar reguliere bekostiging

Referentienummer: 202907

Releasebestand(en): RA, TT, ZAT, ZP

Specialisme(n): 0305 Orthopedie, 0308 Neurochirurgie

Zorgproductgroep(en): 131999 Botspierstelsel-bindweefsel/Letsel - Ziekten

botspierstelsel/bindweefsel en late gevolgen/vroege compl trauma (wd), 982017

Voorwaardelijk toegelaten zorgprestaties

Aanleiding en verzoek

Op 30 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) een standpunt over PTED bij lage rughernia en uitstralende beenpijn ingenomen (zie

www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/11/30/standpunt-pted-bij-lage-rughernia-en-uitstralende-beenpijn).

ZIN heeft geconcludeerd dat percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) voor de behandeling van lumbale herina nucleï pulposi en radiculaire beenpijn voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat deze behandeling vanuit de Voorwaardelijke Toelating (VT) definitief het basispakket instroomt. Hiervoor dienen passende prestaties te worden ontwikkeld.

Doorgevoerde wijziging(en)

Per 2022 is de omschrijving van zorgactiviteit Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED), lumbosacraal, i.h.k.v. PTED-studie (038438) gewijzigd, door de toevoeging 'i.h.k.v. PTED-studie' te verwijderen. Er is immers niet langer sprake van een VT-traject. Wel is sprake van verzekerde zorg onder voorwaarden en heeft de zorgactiviteit een aanspraakcode Zorgactiviteiten Diverse Beperkingen (2601) gekregen. De gewijzigde omschrijving van zorgactiviteit 038438 is opgenomen in bijlage 1 van het Registratieaddendum.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
038438	Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED), lumbosacraal, i.h.k.v. PTED-studie.	J	Verwijderen van een rughernia door middel van een kijkoperatie via de zijkant van het wervelkanaal in de lendenwervelkolom in het kader van PTED-studie.	5	-	-	20170101	20211231	Oude omschrijvingen
038438	Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED), lumbosacraal.	J	Verwijderen van een rughernia door middel van een kijkoperatie via de zijkant van het wervelkanaal in de lendenwervelkolom (PTED).	5	-	2601	20220101		Nieuwe omschrijvingen en aanspraakcode

Zorgactiviteit 038438 is aan het wervelkolomcluster Operatief wervelkolom middelzwaar toegevoegd waarmee deze binnen zorgproductgroep Botspierstelsel-bindweefsel/Letsel - Ziekten botspierstelsel/bindweefsel en late gevolgen/vroege compl trauma (wd) (131999) afleidt naar de volgende twee dbc-zorgproducten:

- bij één of meer verpleegdagen (190218): Oper wervelkolom middelzwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (131999284)
- zonder verpleegdagen: Oper wervelkolom middelzwaar | Zonder VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma (131999285)

Het VT-dbc-zorgproduct voor de PTED-studie: Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) | Voorwaardelijk toegelaten zorg (982017012) is beëindigd.

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
982017012	PTED-studie: Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) Voorwaardelijk toegelaten zorg	Operatie aan de wervelkolom bij een uitstulping van een tussenwervelschijf in de onderrug met druk op zenuwbanen (HNP tussen de lendenwervels) (deelname PTED-studie)	15E852	-	20170101	20211231	Beëindigd

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Tarieftype	Max-tarief	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
15E852	5	€ 0	20170101	20211231	Beëindigd

2.2.2 Aanmaken zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten voor behandeling complicaties mesh (vervolg wijzigingsverzoek 202863)

Referentienummer: 202910

Releasebestand(en): ARG, RA, TT, VT, ZAT, ZP

Specialisme(n): 0303 Heelkunde, 0306 Urologie

Zorgproductgroep(en): 110401 Spijsverteringsstelsel - Hernia, 119499 Spijsverteringsstelsel -

Ov ziekten spijsverteringsst (incl intest infect/hemorr/sinus pilon/incont faeces/buikpijn (wd)

Aanleiding en verzoek

Meshes zijn geneeskundige producten die in het lichaam worden geïmplant bij de behandeling van verzakkingen of breuken in diverse lichaamsdelen. Bij sommige patiënten leidt de ingebrachte mesh tot ernstige complicaties. De afgelopen jaren is door het veld veel werk verzet om deze complicaties te voorkomen, dan wel goed te kunnen behandelen. Verzocht is om passende zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten te introduceren voor de behandeling van complicaties na het inbrengen van een mesh.

Doorgevoerde wijziging(en)

Het verwijderen van een mesh kan tot en met 2021 alleen geregistreerd worden via zorgactiviteit Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena en dergelijke, uitgaande van of zich bevindende in dieperliggende structuren dan in code 038911 is omschreven (038912). De bijbehorende dbc-zorgproducten zijn echter niet passend, omdat het verwijderen van een mesh een gecompliceerdere (en duurdere) ingreep is. In aanvulling op de wijzigingen uit dbc-release RZ22a (wijzigingsverzoek 202863) is een aantal aanvullende wijzigingen doorgevoerd.

Er zijn vijf extra zorgactiviteiten geïntroduceerd voor de operatieve behandeling van complicaties na de behandeling van diverse breuken door middel van een mesh:

- Verwijderen of revisie mesh na behandeling van hernia inguinalis, open (035704)
- Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia inguinalis, endoscopisch (035705)
- Neurectomie in de liesstreek na behandeling hernia inguinalis (035706)
- Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia cicatricialis (035743)
- Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia diaphragmatica (035783)

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
035704	Verwijderen of revisie mesh na behandeling van hernia inguinalis, open.	J	Verwijderen of aanpassen van een matje na behandeling van een liesbreuk via open operatie.	5	-	-	20220101		Nieuw

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
035705	Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia inguinalis, endoscopisch.	J	Verwijderen of aanpassen van een matje na behandeling van een liesbreuk door middel van een kijkoperatie.	5	-	-	20220101		Nieuw
035706	Neurectomie in de liesstreek na behandeling hernia inguinalis.	J	Verwijderen of vrijleggen van een beklemde zenuw na behandeling van een liesbreuk.	5	-	-	20220101		Nieuw
035743	Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia cicatricialis.	J	Verwijderen of aanpassen van een matje na behandeling van een buikwand- of borstkastwandbreuk.	5	-	-	20220101		Nieuw
035783	Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia diaphragmatica.	J	Verwijderen of aanpassen van een matje na een behandeling van middenrifbreuk.	5	-	-	20220101		Nieuw

Zorgactiviteiten 035704, 035705 en 035706 leiden in combinatie met diagnose Hernia femoralis/inguinalis (0303_121) af naar het nieuwe dbc-zorgproduct Hernia femoralis/ inguinalis | Verwijderen/ revisie mesh en/of neurectomie | Spijsvertering hernia (110401063).

Zorgactiviteiten 035743 en 035783 leiden in combinatie met de diagnoses Hernia diaphragmatica (0303_120) en Hernia cicatricialis (0303_124/0306_097) af naar het nieuwe dbc-zorgproduct Verwijderen/ revisie mesh bij hernia diaphragmatica/ hernia cicatricialis | Spijsvertering hernia (110401062).

Voor de operatieve behandeling van complicaties na de behandeling van een endeldarmprolaps door middel van mesh kan zorgactiviteit Verwijderen of revisie mesh of sling in het bekken, niet vaginaal (037273) worden geregistreerd (geïntroduceerd in dbc-release RZ22a).

Zorgactiviteit 037273 leidt bij diagnose Rectum prolaps (0303_338) af naar, afhankelijk van het aantal verpleegdagen, de nieuwe dbc-zorgproducten Proctologie | Verwijderen/ revisie mesh | Klin >13 | Spijsvertering overig (119499081) en Proctologie | Verwijderen/ revisie mesh | Klin 0-13 | Spijsvertering overig (119499082).

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
110401062	Verwijderen/ revisie mesh bij hernia diaphragmatica/ hernia cicatricialis Spijsvertering hernia	Verwijderen of aanpassen van matje bij een littekenbreuk of een breuk van het middenrif	15E944	-	20220101		Nieuw
110401063	Hernia femoralis/ inguinalis Verwijderen/ revisie mesh en/of neurectomie Spijsvertering hernia	Verwijderen of aanpassen van matje of bandje en/of verwijderen of vrijleggen van beklemde zenuw bij een liesbreuk	15E945	-	20220101		Nieuw

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
119499081	Proctologie Verwijderen/ revisie mesh Klin >13 Spijvertering overig	Verwijderen of aanpassen van matje tijdens een ziekenhuisopname van meer dan 13 verpleegdagen bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	15E946	-	20220101		Nieuw
119499082	Proctologie Verwijderen/ revisie mesh Klin 0-13 Spijvertering overig	Verwijderen of aanpassen van matje met maximaal 13 verpleegdagen bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	15E947	-	20220101		Nieuw
119499083	Uitval technisch Proctologie Spijvertering overig	-	-	-	20220101		Nieuw

Voor de overloopsituatie worden zorgactiviteiten 035704, 035705, 035743 en 035783 gedurende de overlooperperiode vertaald naar zorgactiviteit 038912. Zorgactiviteit 035706 kan niet vertaald worden, omdat deze zorgactiviteit geen voorloper heeft.

Wijziging(en) vertaaltabel zorgactiviteiten

Za-code nieuw	Za-omschrijving nieuw	Za-code oud	Za-omschrijving oud	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
035704	Verwijderen of revisie mesh na behandeling van hernia inguinalis, open.	038912	Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena en dergelijke, uitgaande van of zich bevindende in dieper liggende structuren dan in code 038911 is omschreven.	20210901	20211231	Beëindigd
035705	Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia inguinalis, endoscopisch.	038912	Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena en dergelijke, uitgaande van of zich bevindende in dieper liggende structuren dan in code 038911 is omschreven.	20210901	20211231	Beëindigd
035743	Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia cicatricialis.	038912	Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena en dergelijke, uitgaande van of zich bevindende in dieper liggende structuren dan in code 038911 is omschreven.	20210901	20211231	Beëindigd
035783	Verwijderen of revisie mesh na behandeling hernia diaphragmatica.	038912	Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena en dergelijke, uitgaande van of zich bevindende in dieper liggende structuren dan in code 038911 is omschreven.	20210901	20211231	Beëindigd

De nieuwe zorgactiviteiten zijn met terugwerkende kracht met ingang van 1 september 2021 aan de afsluitregel Niet-klinisch operatief (0.0000.2) toegevoegd.

Wijziging(en) afsluitregels tabel

Afsluitregel-code	Afsluitregel-omschrijving	Groep-nummer	Specialisme-code	Component-type	Component-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	-	ZA	035704	20210901		Nieuw (met terugwerkende kracht)
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	-	ZA	035705	20210901		Nieuw (met terugwerkende kracht)
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	-	ZA	035706	20210901		Nieuw (met terugwerkende kracht)
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	-	ZA	035743	20210901		Nieuw (met terugwerkende kracht)
0.0000.2	Niet klinisch, operatief	1	-	ZA	035783	20210901		Nieuw (met terugwerkende kracht)

Ook voor bovengenoemde breuken en verzakking geldt dat voor de conservatieve behandeling van complicaties na een behandeling met mesh geen wijzigingen worden doorgevoerd. Hiervoor kunnen bestaande zorgactiviteiten geregistreerd worden, zoals polikliniekbezoeken en/of beeldvormende diagnostiek. Wanneer verschillende specialismen een patiënt behandelen (multidisciplinaire behandeling) dan mag hiervoor een apart zorgtraject geopend worden (bijvoorbeeld door de anesthesist als pijnbestrijder). Voor uitgebreide consulten in het kader van samen beslissen kan zorgactiviteit Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066) geregistreerd worden. Hierdoor wordt inzichtelijk wanneer deze uitgebreide consulten uitgevoerd worden en kunnen, op basis hiervan passende tariefafspraken gemaakt worden.

2.2.3 Corrigeren uitvraag zorgactiviteit Selectie stamcellen allogeen, haplo-identieke verwante donor bij stamceltransplantatie (039236)

Referentienummer: 202925

Releasebestand(en): RA

Specialisme(n): 0313 Inwendige geneeskunde, 0316 Kindergeneeskunde

Zorgproductgroep(en): 979003 Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl WBMV)

Aanleiding en verzoek

1. In de RZ21a (wijzigingsverzoek 202361) zijn voor stamceltransplantatie wijzigingen doorgevoerd in de dbc-productstructuur. Sinds deze aanpassingen leidt het registreren van zorgactiviteit Selectie stamcellen allogeen, haplo-identieke verwante donor bij stamceltransplantatie (039236) onrecht tot uitval. Dit dient gecorrigeerd te worden.
2. Voor stamceltransplantatie geldt een aparte afsluitregel Stamceltransplantatie (bij ontvanger) (2.0000.1). In de tekstuele uitwerking in het registratieaddendum (RA) wordt zorgactiviteit Post-transplantatietraject stamceltransplantatie allogeen, haplo-identieke verwante donor (192099) ten onrechte niet genoemd in de opsomming bij opmerking 1.

Dit komt niet overeen met de Regeling medisch-specialistische zorg (NR). Het RA dient in lijn te worden gebracht met de NR.

Doorgevoerde wijziging(en)

Ad. 1.

Zorgactiviteit Selectie stamcellen allogeen, haplo-identieke verwante donor bij stamceltransplantatie (039236) is toegevoegd aan het knooppunt Search/ afname/ aankoop donor zodat zorgactiviteit 039236 afleidt naar dbc-zorgproduct Selectie van navelstrengbloed en/of stamcellen bij een familiedonor met gedeeltelijk identieke weefseltypering voor een stamceltransplantatie (979003043). Deze correctie is met terugwerkende kracht per 1 januari 2021 doorgevoerd.

Ad. 2.

Zorgactiviteit 192099 is in de tekstuele uitwerking voor afsluitregel 2.0000.1 in het RA toegevoegd aan de opsomming bij opmerking 1.

2.2.4 Verzamelverzoek aanpassen consumentenomschrijvingen

Referentienummer: 202951

Releasebestand(en): ZP

Specialisme(n): 0313 Inwendige geneeskunde, 0316 Kindergeneeskunde, 0320 Cardiologie, 0328 Cardio-pulmonale chirurgie (Thorax-chirurgie), 0361 Radiotherapie
 Zorgproductgroep(en): 219899 Overige contacten gezondheidszorg - Specifiek screeningsonderzoek, 979001 Hart/long/ hartlongtransplantatie/ stamceltherapie/ ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl WBMV)

Aanleiding en verzoek

1. In de consumentenomschrijving van dbc-zorgproduct Inbrengen of vervangen van een ICD (defibrillator voor 2 hartkamers), inclusief inbrengen van elektroden bij een hartaandoening/ longaandoening (979001244) is een onjuiste toevoeging opgenomen. In de omschrijving wordt 'inclusief inbrengen van elektroden' vermeld, maar het inbrengen van elektroden is al hoger in de boom uitgevraagd. Hetzelfde geldt voor dbc-zorgproduct Inbrengen of vervangen van een AICD (defibrillator voor een hartkamer), inclusief inbrengen van elektroden bij een hartaandoening/ longaandoening (979001245).
2. In de consumentenomschrijving van dbc-zorgproduct Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij screening op erfelijke risicofactoren of bij screening op late effecten behandeling van kanker of stamceltransplantatie (219899046) is 'stamceltransplantatie' onjuist geschreven.

Doorgevoerde wijziging(en)

Ad. 1.

Uit de consumentenomschrijving van dbc-zorgproducten 979001244 en 979001245 is 'inclusief inbrengen van elektroden' verwijderd.

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
979001244	Implanteren/ vervangen biventriculaire ICD Hartoperatie/hart-/ longtransplantatie	Inbrengen of vervangen van een ICD (defibrillator voor 2 hartkamers), inclusief inbrengen van elektroden bij een hartaandoening/ longaandoening	14D700	-	20200101	20211231	Oude consumenten-omschrijving
979001244	Implanteren/ vervangen biventriculaire ICD Hartoperatie/hart-/ longtransplantatie	Inbrengen of vervangen van een ICD (defibrillator voor 2 hartkamers) bij een hartaandoening/ longaandoening	14D700	-	20220101		Nieuwe consumenten-omschrijving
979001245	Implanteren/ vervangen AICD Hartoperatie/hart-/longtransplantatie	Inbrengen of vervangen van een AICD (defibrillator voor een hartkamer), inclusief inbrengen van elektroden bij een hartaandoening/ longaandoening	14D701	-	20200101	20211231	Oude consumenten-omschrijving
979001245	Implanteren/ vervangen AICD Hartoperatie/hart-/longtransplantatie	Inbrengen of vervangen van een AICD (defibrillator voor een hartkamer) bij een hartaandoening/ longaandoening	14D701	-	20220101		Nieuwe consumenten-omschrijving

Ad. 2.

De spelfout in de consumentenomschrijving van dbc-zorgproduct 219899046 is gecorrigeerd.

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
219899046	Screening belaste (familie) anamnese Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht Overig screening	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij screening op erfelijke risicofactoren of bij screening op late effecten behandeling van kanker of stamceltransplantatie	15E797	-	20220101		Gewijzigde consumenten-omschrijving (t.o.v. RZ22a)

2.2.5 Beëindigen dbc-zorgproduct en zorgactiviteit voor de dendritische cellen (DC)-studie (voorwaardelijke toelating)

Referentienummer: 203013

Releasebestand(en): ARG, RA, TT, ZAT, ZP

Specialisme(n): 0313 Inwendige geneeskunde

Zorgproductgroep(en): 982017 Voorwaardelijk toegelaten zorgprestaties

Aanleiding en verzoek

Het toedienen van dendritische cel-vaccinaties (DC) bij patiënten met stadium IIIB- en IIIC-melanoom na een complete resectie is sinds 1 april 2016 voorwaardelijk toegelaten (VT) tot het basispakket. Op 1 januari 2019 is de studie gestopt vanwege de komst van een nieuwe behandeling. Op basis van onderzoeksresultaten heeft de onderzoeksgroep besloten dendritische cel vaccinaties niet meer toe te passen. De Nederlandse Zorgautoriteit is verzocht de bijbehorende prestatie te beëindigen.

Doorgevoerde wijziging(en)

Per 2022 zijn het dbc-zorgproduct Toedienen via een infuus of injectie van een vaccin met dendritische cellen die het afweersysteem versterken bij huidkanker (deelname DC-studie) (982017005) en zorgactiviteit Verstrekking dendritische cellen (DC) immunotherapie per infuus of per injectie bij gemetastaseerde tumoren i.h.k.v. DC-studie (039173) beëindigd. De beëindiging van de zorgactiviteit is ook in de afsluitregels tabel verwerkt.

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
982017005	DC-studie: behandeling met dendritische cellen (DCs) Voorwaardelijk toegelaten zorg	Toedienen via een infuus of injectie van een vaccin met dendritische cellen die het afweersysteem versterken bij huidkanker (deelname DC-studie)	15E846	-	20170101	20211231	Beëindigd

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
039173	Verstrekking dendritische cellen (DC) immunotherapie per infuus of per injectie bij gemetastaseerde tumoren i.h.k.v. DC-studie.	J	Geven van een vaccin met dendritische cellen (soort witte bloedlichaampjes) per infuus of per injectie dat het afweersysteem van het lichaam activeert om kankercellen op te ruimen in het kader van DC-studie.	6	-	-	20170101	20211231	Beëindigd

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Tarieftype	Max-tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
15E846	6	€ 0	20170101	20211231	Beëindigd

Wijziging(en) afsluitregels tabel

Afsluitregel-code	Afsluitregel-omschrijving	Groep-nummer	Specialisme-code	Component-type	Component-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
1.0000.1	Med.onc.behandeling	9	-	ZA	039173	20130101	20211231	Beëindigd

2.3 Overige zorgproducten

In deze paragraaf informeren wij u over wijzigingen die zijn doorgevoerd in overige zorgproducten.

2.3.1 Autotransplantatie van elementen separaat declarabel maken

Referentienummer: 202747

Releasebestand(en): TT, ZAT

Specialisme(n): 1100 Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Verzocht is om het transplanteren van elementen binnen de prestatie Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie en/of transplantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, per kaak (inclusief eventueel spalken) (234065) af te splitsen.

Met prestatie 234065 kunnen verschillende MKA-chirurgische verrichtingen vastgelegd worden, die al dan niet in combinatie met elkaar worden uitgevoerd. Het betreft veelal spoedeisende zorg na een trauma, dus niet planbare zorg.

Het onderdeel 'transplantatie van elementen' in deze prestatie, vormt hierop een uitzondering.

Het (auto)transplanteren van elementen is altijd planbare zorg die afhankelijk van de indicatie, wordt uitgevoerd in de eerste lijn of (na verwijzing) in de tweede lijn.

Doorgevoerde wijziging(en)

Prestatie 234065 is beëindigd en de volgende twee prestaties zijn nieuw aangemaakt:

- Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, inclusief eventueel spalken. Per kaak (234068)
- Autotransplantatie van elementen per kaak, inclusief eventueel fixeren (234069)

Door het aanmaken van de twee nieuwe prestaties is duidelijker welke zorg er geleverd is.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
234065	Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie en/of transplantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, per kaak (inclusief eventueel spalken).	-	Behandelen van één of meer losse tanden en/of kiezen, terugplaatsen en/of verplaatsen van tanden en/of kiezen en/of behandelen van een breuk van de kaakwal, per kaak (incl. eventueel spalken).	99	-	-	20190101	20211231	Beëindigd

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
234068	Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, inclusief eventueel spalken. Per kaak.	-	Behandelen van één of meer losse tanden en/of kiezen, terugplaatsen van tanden en/of kiezen en/of behandelen van een breuk van de kaakwal, inclusief eventueel spalken. Per kaak.	99	-	-	20220101		Nieuw
234069	Autotransplantatie van elementen per kaak, inclusief eventueel fixeren.	-	Verplaatsen van eigen tanden en/of kiezen per kaak, inclusief eventueel fixeren.	99	-	-	20220101		Nieuw

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarieftype	Max-tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
234065	Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie en/of transplantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, per kaak (inclusief eventueel spalken).	13	€ 209,64	20220101		Logisch verwijderd
234068	Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, inclusief eventueel spalken. Per kaak.	13	€ 209,64	20220101		Nieuw
234069	Autotransplantatie van elementen per kaak, inclusief eventueel fixeren.	13	€ 378,37	20220101		Nieuw

Informatie over de tariefberekening is opgenomen in hoofdstuk 3. Daarin is toegelicht hoe de tarieven voor de zorgprestaties in het gereguleerde segment tot stand zijn gekomen.

2.3.2 Introduceren nieuwe overige zorgproducten voor inzet perfusietechnieken bij transplantatie van postmortale organen

Referentienummer: 202866

Releasebestand(en): NR, TT, ZAT

Specialisme(n): 0303 Heelkunde, 0306 Urologie, 0313 Inwendige geneeskunde, 0318 Gastro-enterologie (MDL), 0322 Longgeneeskunde, 0328 Cardio-pulmonale chirurgie (Thorax-chirurgie)

Zorgproductgroep(en): 979002 Nier-/lever-/darm-/eilandjes-/pancreastransplantatie (incl WBMV)

Aanleiding en verzoek

De toepassing van perfusietechnieken bij transplantatie van postmortale organen (lever en long) is van grote waarde voor het verbeteren van de conditie van deze organen, wat vervolgens ook het succes van transplantatie van deze organen vergroot. Specifiek gaat het om technieken van warme en koude perfusie bij lever en warme perfusie bij longen. Deze procedures maken geen deel uit van de bekostigingssystematiek. Het verzoek is om overige zorgproducten (ozp's) te introduceren om de toepassing van perfusietechnieken bij transplantatie van postmortale organen mogelijk te maken.

Doorgevoerde wijziging(en)

Er zijn drie nieuwe ozp's geïntroduceerd waarmee een transplantatiecentrum de uitgevoerde perfusieprocedure kan registreren en declareren. Declaratie vindt plaats in combinatie met het zorgtraject van de beoogde ontvanger. Om deze reden zijn deze ozp's ingedeeld in de categorie Supplementaire producten – Add-on overig (tarief-type 14).

Het gaat om de volgende ozp's:

- Ex vivo perfusie donorlongen, warm (EVLP) (192128)
- Normotherme machinale perfusie donorlever, warm (NMP) (192129)
- (Duale) hypothermische geoxygeneerde perfusie donorlever ((D)HOPE) (192130)

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
192128	Ex vivo perfusie donorlongen, warm (EVLP).	-	Spoelen van donorlongen buiten het lichaam in een ruimte met zuurstofrijke warme spoelvoestof.	99	2932	-	20220101		Nieuw
192129	Normotherme machinale perfusie donorlever, warm (NMP).	-	Spoelen van donorlever m.b.v. een pomp met zuurstofrijke warme spoelvoestof.	99	2950	-	20220101		Nieuw
192130	(Duale) hypothermische geoxygeneerde perfusie donorlever ((D)HOPE).	-	Spoelen van donorlever met zuurstofrijke koude spoelvoestof.	99	2950	-	20220101		Nieuw

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarief-type	Max-tarief	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
192128	Ex vivo perfusie donorlongen, warm (EVLP).	14	€ 25839,52	20220101		Nieuw
192129	Normotherme machinale perfusie donorlever, warm (NMP).	14	€ 12629,75	20220101		Nieuw
192130	(Duale) hypothermische geoxygeneerde perfusie donorlever ((D)HOPE).	14	€ 8383,87	20220101		Nieuw

Informatie over de tariefberekening is opgenomen in hoofdstuk 3. Daarin is toegelicht hoe de tarieven voor de zorgprestaties in het gereguleerde segment tot stand zijn gekomen.

In de Regeling medisch-specialistische zorg is een bepaling voor declaratie van deze ozp's opgenomen.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
-	-	NR artikel 34a lid 17	De prestaties voor perfusie bij donorlongen en -levers (192128 t/m 192130) mogen door het uitvoerend transplantatiecentrum eenmalig per donororgaan gedeclareerd worden bij een volledig uitgevoerde procedure. Deze prestaties mogen in combinatie met een dbc-zorgproduct van de beoogde ontvanger worden gedeclareerd, in diens transplantatie-zorgtraject. Ook als een volledig uitgevoerde perfusieprocedure niet tot een succesvolle transplantatie leidt.	Er is een drietal nieuwe overige zorgproducten (ozp's), in de in de categorie Supplementaire producten – Add-on overig (tarieftype 14), geïntroduceerd, waarmee het transplantatiecentrum een uitgevoerde perfusieprocedure voor postmortale levers en longen kan registreren en declareren. Deze declaratie vindt plaats in combinatie met het zorgtraject van de beoogde ontvanger.

2.3.3 Verduidelijken prestaties voor geavanceerd ultrageluid onderzoek

Referentienummer: 202922

Releasebestand(en): NR, TT, ZAT

Specialisme(n): 0307 Gynaecologie

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft signalen ontvangen dat de inhoud van de prestaties Geavanceerd ultrageluid - groep 1 (191117) en Geavanceerd ultrageluid - groep 2 (191118) niet voldoende duidelijk is. Uit de omschrijvingen blijkt niet dat het bespreken van de uitslag van het onderzoek met de zwangere vrouw (en eventueel haar partner) in deze prestaties is opgenomen en dit dus niet afzonderlijk als een polikliniekbezoek geregistreerd dient te worden.

Doorgevoerde wijziging(en)

De NZa heeft de inhoud van deze prestaties met veldpartijen afgestemd. Bespreking van de uitslag is al in het tarief van de prestaties opgenomen. De omschrijving en consumentenomschrijving van 191117 en 191118 zijn hierop aangepast. Hierin is opgenomen dat de bespreking van de uitslag onderdeel is van de prestaties.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
191117	Geavanceerd ultrageluid - groep 1.	-	Toepassen van uitgebreid echo-onderzoek in verband met een verhoogd risico op een kind met een aangeboren afwijking.	7	2920	-	20200101	20211231	Oude omschrijvingen

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
191117	Geavanceerd ultrageluid - groep 1, inclusief bespreking van de uitslag.	-	Toepassen van uitgebreid echo-onderzoek in verband met een verhoogd risico op een kind met een aangeboren afwijking, inclusief bespreking van de uitslag.	7	2920	-	20220101		Nieuwe omschrijvingen
191118	Geavanceerd ultrageluid - groep 2.	-	Toepassen van uitgebreid echo-onderzoek in verband met het vermoeden op foetale afwijkingen in de huidige zwangerschap.	7	2920	-	20200101	20211231	Oude omschrijvingen
191118	Geavanceerd ultrageluid - groep 2, inclusief bespreking van de uitslag.	-	Toepassen van uitgebreid echo-onderzoek in verband met het vermoeden op foetale afwijkingen in de huidige zwangerschap, inclusief bespreking van de uitslag.	7	2920	-	20220101		Nieuwe omschrijvingen

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarieftype	Max-tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
191117	Geavanceerd ultrageluid - groep 1, inclusief bespreking van de uitslag.	13	€ 284,55	20220101		Nieuw
191118	Geavanceerd ultrageluid - groep 2, inclusief bespreking van de uitslag.	13	€ 760,66	20220101		Nieuw

De prestaties 191117 en 191118 zijn ook opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
-	-	NR artikel 29 lid 14	<p>Geavanceerd ultrageluid – groep 1, inclusief bespreking van de uitslag (191117) en Geavanceerd ultrageluid –groep 2, inclusief bespreking van de uitslag (191118)</p> <p>Het geavanceerd ultrageluidonderzoek betreft echo-onderzoek van het ongeboren kind.</p> <p>Er wordt onderscheid gemaakt tussen geavanceerd ultrageluidonderzoek bij zwangeren met een a priori verhoogde kans op een kind met (erfelijke) aangeboren afwijkingen (groep 1) en geavanceerd ultrageluidsonderzoek bij een vermoede structurele afwijking van de baby bij voorafgaand prenataal onderzoek (groep 2).</p> <p>De prestatie omvat alle activiteiten omtrent het geavanceerd ultrageluidonderzoek en de bespreking van de uitslag van het onderzoek.</p>	De prestaties Geavanceerd ultrageluid – groep 1 en groep 2 (191117/191118) zijn opgenomen in de regelgeving. Hierin wordt verduidelijkt dat de prestatie ook de bespreking van de uitslag met de patiënt omvat.

2.3.4 Goedgekeurde aanvraag facultatieve prestatie voor 'Whole Genome Sequencing (WGS), diagnostiek en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO)'

Referentienummer: 202948
 Releasebestand(en): TT, ZAT
 Specialisme(n): 0388 Pathologie
 Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

In februari 2021 hebben twee zorgverzekeraars en twee zorgaanbieders een facultatieve prestatie voor 'Whole Genome Sequencing, diagnostiek en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO)' aangevraagd.

Deze prestatie is beoordeeld en vastgesteld in de prestatiebeschrijvingsbeschikking Whole Genome Sequencing, diagnose en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO) (TB-REG 21658-01).

Doorgevoerde wijziging(en)

De prestatie Facultatieve prestatie - Whole Genome Sequencing (WGS), diagnose en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO) (198503) is met ingangsdatum 24 april 2021 opgenomen in deze release. Het betreft een overig zorgproduct in de categorie Facultatieve prestaties - Losse facultatieve prestatie (tarieftype 13).

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
198503	Facultatieve prestatie - 198503.	-	Facultatieve prestatie - 198503.	99	-	-	20210101		Logisch verwijderd
198503	Facultatieve prestatie - Whole Genome Sequencing (WGS), diagnose en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO).	-	Facultatieve prestatie - genentest naar de oorsprong van een tumor (WGS), diagnose en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO).	99	-	-	20210424		Nieuw (met terugwerkende kracht)

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarieftype	Max-tarief	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
198503	Facultatieve prestatie - 198503.	13	€ 0	20210101		Logisch verwijderd
198503	Facultatieve prestatie - Whole Genome Sequencing (WGS), diagnose en behandeladvies bij Primaire Tumor Onbekend (PTO).	13	€ 0	20210424		Nieuw

2.3.5 Beëindigen overige zorgproducten Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en Forensische zorg (fz)

Referentienummer: 202950
 Releasebestand(en): BR, NR, TT, ZAT
 Specialisme(n): N.v.t.
 Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

Met ingang van 2022 wordt alle zorg binnen de Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en Forensische zorg (fz) bekostigd via het nieuwe zorgprestatie-model. In verband hiermee is verzoekt om vier overige zorgproducten (ozp's) voor ggz en fz te beëindigen.

Een bijkomend gevolg van het nieuwe zorgprestatie-model is namelijk dat het voor de ggz en fz niet langer mogelijk is om andere medisch-specialistische zorg (msz) ozp's te declareren.

Doorgevoerde wijziging(en)

De volgende vier ozp's zijn per 2022 beëindigd:

- Consult niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd-ggz) (198300)
- Verblijf niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd ggz) (198301)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden (198304)
- Toeslag per verblijfsdag per extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (EVBG) TBS patiënt - forensische zorg (198370)

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
198300	Consult niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd-ggz).	-	-	99	-	-	20150101	20211231	Beëindigd
198301	Verblijf niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd ggz).	-	-	99	-	-	20150101	20211231	Beëindigd
198304	Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden.	-	-	99	-	-	20170101	20211231	Beëindigd
198370	Toeslag per verblijfsdag per extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (EVBG) TBS patiënt - forensische zorg.	-	-	99	-	-	20150101	20211231	Beëindigd

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarieftype	Max-tarief	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
198300	Consult niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd-ggz).	12	€ 119,96	20220101		Logisch verwijderd
198301	Verblijf niet-basispakketzorg - basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (inclusief jeugd ggz).	12	€ 345,04	20220101		Logisch verwijderd
198304	Consultatie bij euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden.	12	€ 206,74	20220101		Logisch verwijderd
198370	Toeslag per verblijfsdag per extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (EVBG) TBS patiënt - forensische zorg.	12	€ 233,11	20220101		Logisch verwijderd

In Bijlage 1 bij de Regeling medisch-specialistische zorg Overzicht overige zorgproducten en in Bijlage TB Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten zijn de kruisjeskolommen leeggemaakt. Ook de overige 13 msz ozp's (zoals rijbewijskeuringen en trombosezorg) waarbij kruisjes stonden kunnen niet meer gedeclareerd worden door ggz en fz. Om inlees- en/of andere ict-problemen te voorkomen blijven de (lege) kolommen vooralsnog behouden in beide bijlagen.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
BR artikel 3 lid 4	Deze beleidsregel is niet van toepassing op: <ul style="list-style-type: none"> • abortuszorg, voor zover geleverd door abortusklinieken; • gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de Beleidsregel generalistische basis-ggz, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel msz (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza/). 	BR artikel 3 lid 4	Deze beleidsregel is niet van toepassing op: <ul style="list-style-type: none"> • abortuszorg, voor zover geleverd door abortusklinieken; • gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de Beleidsregel generalistische basis-ggz. 	Door het nieuwe zorgprestatie-model (zpm) m.i.v. 2022 voor de ggz en fz kunnen de ggz en fz geen ozp's meer declareren. De kruisjes in de kolommen in Bijlage 1 'Overzicht overige zorgproducten' van de NR en Bijlage 'TB Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten' zijn komen te vervallen.
NR artikel 3 lid 4	Deze regeling is niet van toepassing op: <ul style="list-style-type: none"> • abortusklinieken; • instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de Beleidsregel generalistische basis-ggz, met uitzondering van de relevante ggz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel msz (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza/). 	NR artikel 3 lid 4	Deze regeling is niet van toepassing op: <ul style="list-style-type: none"> • abortusklinieken; • instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de Beleidsregel generalistische basis-ggz. 	Door het nieuwe zorgprestatie-model (zpm) m.i.v. 2022 voor de ggz en fz kunnen de ggz en fz geen ozp's meer declareren. De kruisjes in de kolommen in Bijlage 1 'Overzicht overige zorgproducten' van de NR en Bijlage 'TB Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten' zijn komen te vervallen.

2.3.6 Aanpassen consumentenomschrijvingen rijbewijskeuringen en verwijderen max-max tarief

Referentienummer: 203015

Releasebestand(en): NR, TT, ZAT

Specialisme(n): N.v.t.

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft signalen ontvangen dat de consumentenomschrijving van vier overige zorgproducten (ozp's) (119027 tot en met 119030) met betrekking tot rijbewijskeuringen onvoldoende duidelijk is.

Daarnaast hebben deze vier ozp's in de tarieven tabel een max-max tarief (Soort tarief 6). Omdat rijbewijskeuringen niet-gecontracteerde zorg betreft, is het verzoek het max-max tarief om te zetten naar een maximumtarief en Soort tarief 6 bij deze ozp's te verwijderen.

Ook dient de term 'vorderingsprocedure' gewijzigd te worden in 'mededelingenprocedure', conform de aangepaste terminologie van het Centraal Bureau voor Rijvaardigheid (CBR).

Doorgevoerde wijziging(en)

De consumentenomschrijvingen van ozp's 119027 tot en met 119030 zijn verduidelijkt en het max-max tarief voor deze ozp's is omgezet naar een maximumtarief.

Wijziging(en) zorgactiviteiten tabel

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
119027	Rijbewijs: rapporten op verzoek CBR voor rekening van de te keuren persoon (houder resp. aanvrager rijbewijs) omvat 15 min patiëntgeb. tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	-	Rijbewijs: rapport op verzoek CBR, voor rekening van de te keuren persoon, omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd voor bijv. schrijven van het rapport en lezen documentatie.	99	-	1601	20200101	20211231	Oude za-consumenten-omschrijving
119027	Rijbewijs: rapporten op verzoek CBR voor rekening van de te keuren persoon (houder resp. aanvrager rijbewijs) omvat 15 min patiëntgeb. tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	-	Rijbewijskeuring n.a.v. gezondheidsverklaring CBR, voor rekening van de te keuren persoon. Basistarief: 15 minuten direct contact en 15 minuten inlezen dossier/opstellen rapport door keuringsarts.	99	-	1601	20220101		Nieuwe za-consumenten-omschrijving
119028	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie, voor rekening van centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	-	Rijbewijs: rapport op verzoek van politie, voor rekening van het centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR), omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (lezen en schrijven).	99	-	1601	20200101	20211231	Oude za-consumenten-omschrijving
119028	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie, voor rekening van centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	-	Medisch onderzoek bij mededelingenprocedure: 15 minuten direct contact en 15 minuten inlezen dossier/opstellen rapport door keuringsarts.	99	-	1601	20220101		Nieuwe za-consumenten-omschrijving
119029	Rijbewijs: rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.	-	Toeslag per elke 15 min. extra direct contact met te keuren houder/aanvrager v.e. rijbewijs waarvoor rapport op verzoek CBR. I.g.v. eigen verklaringsprocedure max. 2x te rekenen voor indirecte tijd.	99	-	1601	20200101	20211231	Oude za-consumenten-omschrijving

Za-code	Za-omschrijving	Op nota	Za-consumenten-omschrijving	Zpk code	WBMV Code	Aan-spraak-code	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
119029	Rijbewijs: rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.	-	Toeslag rijbewijskeuring n.a.v. gezondheidsverklaring CBR, per 15 minuten direct contact of per 15 minuten inlezen dossier/opstellen rapport (max. 2x) voor keuringen door de psychiater/neuroloog.	99	-	1601	20220101		Nieuwe za-consumenten-omschrijving
119030	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag icm 119028, per 15 min. extra direct patiënt.geb tijd of per 15 minuten extra indirecte tijd met een maximum van 4 toeslagen.	-	Toeslag per elke 15 min. extra direct contact met te keuren houder/aanvrager v.e. rijbewijs waarvoor rapport op verzoek politie. I.g.v. vorderingsprocedure max. 4 x te rekenen voor indirecte tijd.	99	-	1601	20200101	20211231	Oude za-consumenten-omschrijving
119030	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag icm 119028, per 15 min. extra direct patiënt.geb tijd of per 15 minuten extra indirecte tijd met een maximum van 4 toeslagen.	-	Toeslag medisch onderzoek mededelingenprocedure voor rekening CBR: per 15 minuten direct contact of maximaal 4 keer voor inlezen dossier/opstellen rapport voor keuringen.	99	-	1601	20220101		Nieuwe za-consumenten-omschrijving

De verduidelijkingen zijn ook in de tarieven tabel verwerkt.

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Declaratie omschrijving	Tarieftype	Max-tarief	Ingangs-datum	Eind-datum	Mutatie
119027	Rijbewijs: rapporten op verzoek CBR voor rekening van de te keuren persoon (houder resp. aanvrager rijbewijs) omvat 15 min patiëntgeb. tijd en 15 min indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	13	€ 92,97	20220101		Gewijzigd
119028	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie, voor rekening van centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen (CBR) omvat 15 min. patiëntgebonden tijd en 15 min. indirecte tijd (inlezen en rapport schrijven).	13	€ 92,97	20220101		Gewijzigd
119029	Rijbewijs:rapport op verzoek CBR voor rekening te keuren houder/aanvrager rijbewijs, toeslag icm 119027, per 15 min extra direc.pat.geb tijd of (met voorw.) per 15 min extra indir.tijd,max.2 toeslag.	13	€ 46,47	20220101		Gewijzigd
119030	Rijbewijs: rapporten op verzoek politie voor rekening van CBR, toeslag icm 119028, per 15 min. extra direct patiënt.geb tijd of per 15 minuten extra indirecte tijd met een maximum van 4 toeslagen.	13	€ 46,47	20220101		Gewijzigd

Tot slot is in de Regeling medisch-specialistische zorg de term 'vorderingsprocedure' gewijzigd in 'mededelingenprocedure' om goed aan te blijven sluiten bij de terminologie van het CBR.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
NR artikel 29 lid 4 sub a	<p>De standaardprestaties rijbewijskeuring (119027 of 119028) beschrijven de tijd die een rijbewijskeuring minimaal duurt. In beide prestaties wordt uitgegaan van twee tijdscomponenten, te weten directe tijd en indirecte tijd. Directe tijd is de tijd die de keuringsarts met de te keuren persoon doorbrengt in het kader van het onderzoek. Indirecte tijd is de tijd die de keuringsarts nodig heeft voor het inlezen in het dossier alsmede het opstellen van zijn rapportage. Onder indirecte tijd worden uitdrukkelijk niet verstaan werkzaamheden van financiële, administratieve of secretariële aard.</p> <p>De standaardprestaties rijbewijskeuring (119027 of 119028) zijn opgebouwd uit 15 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd.</p> <p>In het geval een keuring langer duurt dan de standaard, wordt dit door de zorgverlener op voorhand aan gegeven aan de te keuren persoon. Een uitzondering hierop is de vorderingsprocedure, omdat de te keuren persoon niet de opdrachtgever is. Het is in dat geval niet noodzakelijk dat de zorgverlener voor elke procedure het CBR op de hoogte brengt van de verwachte tijdbesteding. Bij langere keuringen dan de standaard mag er nog een prestatie in rekening worden gebracht bij wijze van toeslag. Deze toeslag is gebaseerd op 15 minuten directe tijd (119029 en 119030). Alleen daadwerkelijk gerealiseerde tijdbesteding mag als toeslag in rekening gebracht worden.</p> <p>Bij de rijbewijskeuring in geval van een vorderingsprocedure (119028) mag de toeslag (119030) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal vier keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een uur extra indirecte tijd.</p> <p>Bij de rijbewijskeuring in geval van een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mag de toeslag (119029) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd.</p> <p>Deze toeslag voor indirecte tijd in geval van een gezondheidsverklaringsprocedure mag alleen in rekening worden gebracht voor keuringen uitgevoerd door de psychiater of neuroloog.</p>	NR artikel 29 lid 4 sub a	<p>De standaardprestaties rijbewijskeuring (119027 of 119028) beschrijven de tijd die een rijbewijskeuring minimaal duurt. In beide prestaties wordt uitgegaan van twee tijdscomponenten, te weten directe tijd en indirecte tijd. Directe tijd is de tijd die de keuringsarts met de te keuren persoon doorbrengt in het kader van het onderzoek. Indirecte tijd is de tijd die de keuringsarts nodig heeft voor het inlezen in het dossier alsmede het opstellen van zijn rapportage. Onder indirecte tijd worden uitdrukkelijk niet verstaan werkzaamheden van financiële, administratieve of secretariële aard.</p> <p>De standaardprestaties rijbewijskeuring (119027 of 119028) zijn opgebouwd uit 15 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd.</p> <p>In het geval een keuring langer duurt dan de standaard, wordt dit door de zorgverlener op voorhand aan gegeven aan de te keuren persoon. Een uitzondering hierop is de mededelingenprocedure, omdat de te keuren persoon niet de opdrachtgever is. Het is in dat geval niet noodzakelijk dat de zorgverlener voor elke procedure het CBR op de hoogte brengt van de verwachte tijdbesteding. Bij langere keuringen dan de standaard mag er nog een prestatie in rekening worden gebracht bij wijze van toeslag.</p> <p>Deze toeslag is gebaseerd op 15 minuten directe tijd (119029 en 119030). Alleen daadwerkelijk gerealiseerde tijdbesteding mag als toeslag in rekening gebracht worden.</p> <p>Bij de rijbewijskeuring in geval van een mededelingenprocedure (119028) mag de toeslag (119030) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd. Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal vier keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een uur extra indirecte tijd.</p> <p>Bij de rijbewijskeuring in geval van een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mag de toeslag (119029) ook in rekening gebracht worden voor indirecte tijd.</p> <p>Deze toeslag voor indirecte tijd in geval van een gezondheidsverklaringsprocedure mag alleen in rekening worden gebracht voor keuringen uitgevoerd door de psychiater of neuroloog.</p>	Door het CBR is de omschrijving van de vorderingsprocedure aangepast. Deze heet nu mededelingenprocedure. Dit is in de beschrijving aangepast.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
	<p>Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal twee keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een half uur extra indirecte tijd.</p> <p>Bij zowel een rijbewijskeuring in een vorderingsprocedure (119028) als een rijbewijskeuring in een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mogen kosten voor laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079995) apart in rekening worden gebracht. Onderzoeken waarbij de te keuren persoon zelf aanwezig is (directe tijd), mogen alleen gedeclareerd worden in de vorm van de standaardkeuring of toeslagprestatie voor directe tijd. Deze onderzoeken (directe tijd) mogen niet apart in rekening gebracht worden.</p>		<p>Voor indirecte tijd mag de toeslag maximaal twee keer in rekening worden gebracht, deze is dus gemaximeerd tot maximaal een half uur extra indirecte tijd.</p> <p>Bij zowel een rijbewijskeuring in een mededelingenprocedure (119028) als een rijbewijskeuring in een gezondheidsverklaringsprocedure (119027) mogen kosten voor laboratoriumonderzoek (070001 t/m 079995) apart in rekening worden gebracht. Onderzoeken waarbij de te keuren persoon zelf aanwezig is (directe tijd), mogen alleen gedeclareerd worden in de vorm van de standaardkeuring of toeslagprestatie voor directe tijd. Deze onderzoeken (directe tijd) mogen niet apart in rekening gebracht worden.</p>	

2.4 Diagnose- en zorgvraagtyperingen

Deze paragraaf beschrijft wijzigingen in diagnose- en zorgvraagtyperingen.

2.4.1 Verwijderen diagnosecombinatie G11-G25 voor gynaecologie uit Diagnose Combinatie Tabel

Referentienummer: 202872

Releasebestand(en): DCT

Specialisme(n): 0307 Gynaecologie

Zorgproductgroep(en): N.v.t.

Aanleiding en verzoek

In dbc-release RZ20a (zie wijzigingsverzoek 202493) is de Diagnose Combinatie Tabel (DCT) voor gynaecologie (0307) aangepast. De combinatie Cyclusstoornis (benigne- of geen afwijking, inclusief PM-bloedverlies) (G11) (Diagnose _DBC1) met Incontinentie/prolaps (G25) (Diagnose_DBC2) is toen in de DCT blijven bestaan. Voor deze combinatie was destijds onvoldoende onderbouwing om gescheiden zorgtrajecten voor deze zorgvragen te kunnen declareren.

Er is nogmaals verzocht om de combinatie G11-G25 uit de DCT te verwijderen, nu met extra onderbouwing.

Doorgevoerde wijziging(en)

Er is onderbouwd en beoordeeld dat beide type aandoeningen medisch inhoudelijk naast elkaar voorkomen. De diagnosecombinatie G11-G25 voor specialisme 0307 is daarom per 2022 beëindigd. Zorgtrajecten met deze combinatie kunnen dan parallel aan elkaar worden geregistreerd.

Wijziging(en) diagnose combinatie tabel

Specialisme code	Diagnose DBC1	Diagnose DBC2	Indicatie	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
0307	G11	G25	2	20120101	20211231	Beëindigd

2.4.2 Overloopsituatie en aanvulling typeringslijst voor Sportgeneeskunde (8416) (vervolg wijzigingsverzoek 202549)

Referentienummer: 203019

Releasebestand(en): DCT, ETL, NR, RDZT, TT, ZP

Specialisme(n): 8416 Sportgeneeskunde

Zorgproductgroep(en): 219899 Overige contacten gezondheidszorg – Specifiek screeningsonderzoek

Aanleiding en verzoek

- Per 1 januari 2022 is een specialisme-specifieke typeringslijst voor Sportgeneeskunde (8416) geïntroduceerd. Door de introductie van deze nieuwe typeringslijst ontstaat een overloopsituatie waar in 2021 (of eerder) een zorgtraject door een sportarts wordt geopend, waarvoor de patiënt in 2022 ook nog onder behandeling bij de sportarts blijft. In deze situatie moet vanaf 2022 het specialisme Sportgeneeskunde (8416) geregistreerd worden als uitvoerend specialisme van de vervolg subtrajecten. Tot 2022 wordt dit zorgtraject geregistreerd op naam van een ander poortspecialisme.

Het is echter technisch niet mogelijk om het uitvoerend specialisme van een zorgtraject gedurende de looptijd van het zorgtraject te wijzigen.

- Daarnaast is verzocht de typeringslijst aan te vullen met een diagnosecode voor screening cardiovasculaire risicofactoren. Ook is een spelfout in de omschrijving van diagnosecode 8416_0005 (stemmingsstoornis) geconstateerd.

Doorgevoerde wijziging(en)

Ad 1)

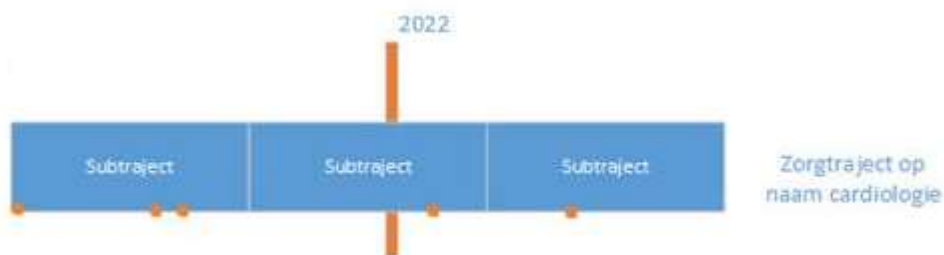
Besloten is om de registratie binnen de overloopsituatie als volgt vorm te geven:

Alle subtrajecten die over de jaargrens heen lopen, worden afgesloten volgens de geldende afsluitregels. Op de uitvoerdatum van de eerstvolgende zorgactiviteit na het afsluiten van het subtraject, wordt een nieuw zorg- en subtraject (zorgtype 11) geopend met Sportgeneeskunde als uitvoerend specialisme. Subtrajecten voor Sportgeneeskunde die geopend zijn vóór 1 januari 2022, blijven geregistreerd onder een ander specialisme.

Voorbeeld

Een patiënt komt in 2021 bij de sportarts voor een nieuwe zorgvraag. De sportarts opent hiervoor een zorgtraject met als uitvoerend specialisme Cardiologie (0320). Het bijbehorende subtraject loopt over de jaargrens heen en sluit vervolgens af op 28 februari 2022, volgens de reguliere afsluitregels. Alle zorgactiviteiten die tot en met 28 februari 2022 zijn uitgevoerd in verband met deze zorgvraag, worden nog in dit subtraject geregistreerd. Na afsluiten van het subtraject vindt de eerstvolgende zorgactiviteit plaats op 14 maart 2022. Op deze datum opent de sportarts voor deze zorgvraag een nieuw zorgtraject met als uitvoerend specialisme Sportgeneeskunde (8416).

Oude situatie



Nieuwe situatie



Figuur 1 Grafische weergave overloopsituatie. De oranje punten zijn zorgactiviteiten

Het voorgaande is opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg.

Wijziging(en) regels

Art.nr. oud	Omschrijving oud	Art.nr. nieuw	Omschrijving nieuw	Toelichting
-	-	NR artikel 5 lid 6	Indien vóór 1 januari 2022 een zorgtraject is geopend met als hoofdbehandelaar de sportarts, dan wordt voor deze zorgvraag een nieuw zorgtraject geopend zodra het bijbehorende, al lopende subtraject (over de jaargrens heen) conform de geldige afsluitregels is afgesloten. Dit nieuwe zorgtraject start op de datum van de eerste zorgactiviteit na afsluiten van het al lopende subtraject.	Per 2022 is een specialisme specifieke typeringslijst voor sportgeneeskunde geïntroduceerd. In dit artikel wordt de tijdelijke overloopsituatie beschreven.
-	-	Toelichting NR artikel 5 lid 6	Per 1 januari 2022 is er een specialisme specifieke typeringslijst voor sportgeneeskunde geïntroduceerd. Tot die tijd gebruikten sportartsen typeringslijsten van andere specialismen. Subtrajecten die voor 1 januari 2022 geopend zijn en doorlopen in 2022 blijven getypeerd op basis van de typeringslijsten van andere specialismen. Zodra deze subtrajecten conform geldige afsluitregels zijn afgesloten, wordt op de dag van de eerstvolgende zorgactiviteit voor deze zorgvraag een nieuw zorgtraject door de sportarts geopend. Vanaf dan wordt dit zorg-/subtraject getypeerd op basis van de typeringslijst van sportgeneeskunde.	Per 2022 is een specialisme specifieke typeringslijst voor sportgeneeskunde geïntroduceerd. In dit artikel wordt de tijdelijke overloopsituatie nader toegelicht.

Ad 2)

Er is een nieuwe diagnosecode Screening cardiovasculaire risicofactoren (8416_0019) toegevoegd aan de typeringslijst. Deze leidt af naar zorgproductgroep Overige contacten gezondheidszorg - specifiek screeningsonderzoek (219899). Diagnosecode 8416_0019 is toegevoegd aan de Diagnose combinatie tabel.

De in dbc-release RZ22a geïntroduceerde zorgactiviteiten voor inspanningsdiagnostiek zijn toegevoegd aan knooppunt 'Diagnostisch (zwaar)/ therapeutisch licht'. Registratie van deze zorgactiviteiten in combinatie met diagnose 8416_0019 leidt af naar dbc-zorgproduct Screening cardiovasc risicofactoren | Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht | Overig screening (219899036). Bij de registratie moet aangegeven worden of wel/geen sprake is van verzekerde zorg. Voor onverzekerde zorg heeft dbc-zp 219899036 een declaratiecode voor onverzekerde zorg gekregen (17D136).

Tot slot is de spelfout in de omschrijving van diagnose 8416_0005 gecorrigeerd.

Wijziging(en) elektronische typeringslijst

Specialisme-code AGB	As code	As omschrijving	Component-code	Component-omschrijving kort	Component-omschrijving lang	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
8416	3	diagnose	0005	Stemmingsstoornis	Stemmingsstoornis	20220101		Gewijzigde omschrijving (t.o.v. RZ22a)
8416	3	diagnose	0019	Screening cardiovasc ris.fact	Screening cardiovasculaire risicofactoren	20220101		Nieuw

Wijziging(en) diagnose combinatie tabel

Specialisme code	Diagnose DBC1	Diagnose DBC2	Indicatie	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
8416	0019	0019	2	20220101		Nieuw
8416	0019	0199	2	20220101		Nieuw
8416	0199	0019	2	20220101		Nieuw

Wijziging(en) zorgproducten tabel

Zp-code	Latijnse omschrijving	Consumenten-omschrijving	Decl. code verzekerde zorg	Decl. code onverzekerde zorg	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
219899036	Screening cardiovasc risicofactoren Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht Overig screening	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij de screening op erfelijke risicofactoren die een verhoogde kans geven op hart- en vaatziekten	15D136	17D136	20220101		Nieuwe declaratiecode onverzekerde zorg

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Tarieftype	Max-tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
17D136	8	€ 0	20220101		Nieuw

Wijziging(en) relatie diagnose zorgproductgroepen tabel

Specialisme code AGB	Diagnose code	Zorgproductgroep code	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
8416	0019	219899			Nieuw

Rectificatie/aanvulling verantwoordingstekst RZ22a:**a) Hoofdbehandelaarsschap bij revalidatietrajecten zoals hart-, long- of oncologische revalidatie**

In het document Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ22a (referentienummer 202549) is het volgende opgenomen: "Wanneer de sportarts wordt ingezet binnen een revalidatietraject, dan is de revalidatiearts of orgaanspecialist de hoofdbehandelaar. De sportarts fungeert binnen het revalidatietraject als ondersteuner. Op basis van de regels mag de sportarts voor ondersteuning binnen een revalidatietraject geen eigen zorgtraject openen. De zorgactiviteiten van een sportarts worden geregistreerd in het zorgtraject van de hoofdbehandelaar (of in een ondersteunend zorgtraject – Zorgtype 51) en worden gedeclareerd via bijbehorend dbc-zorgproduct." (einde citaat).

Deze tekst volgde uit het Standpunt sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet van het Zorginstituut Nederland (ZIN) uit 2014. (zie: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/12/04/s-standpunt-sportgeneeskunde-en-de-zorgverzekeringswet).

Hierin staat beschreven dat "bij een revalidatietraject de orgaanspecialist de hoofdbehandelaar blijft. Revalidatie zoals hart-, long- of oncologische revalidatie vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de betrokken hoofdbehandelaar."

Het ZIN heeft verduidelijkt dat de bovenstaande conclusie uit het standpunt 2014 destijds volgde uit de consultatie. Hierbij gaven de betrokken beroepsgroepen aan dat dit de rol was die sportartsen, toentertijd, in de praktijk vervulden binnen deze revalidatietrajecten. Het ZIN geeft aan dat het niet aan hen is om zorginhoudelijk te duiden welke beroepsgroepen hoofdbehandelaar kunnen zijn. Sportartsen, revalidatieartsen en/of orgaanspecialisten kunnen gezamenlijk (via hun beroepsgroepen) aangeven of de sportarts binnen deze trajecten nu ook als hoofdbehandelaar kan optreden.

Los daarvan kunnen binnen instellingen individuele behandelaren ook afspraken maken over de inzet van de sportarts als hoofdbehandelaar.

Indien de sportarts wel hoofdbehandelaar is, dan is de eerdere tekst uit de RZ22a onjuist. In dat geval mag de sportarts (als zijnde poortspecialist) wel een eigen zorgtraject openen. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de voorwaarden voor het openen van een zorgtraject zoals opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg.

- b) *Stand van de wetenschap en praktijk van inspanningsfysiologie*
In het document Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ22a wordt ten onrechte gesproken over een nieuwe duiding door het ZIN. Het ZIN heeft verduidelijkt dat er geen sprake is van een lopend duidingstraject rond de inspanningsfysiologie (wanneer voldoet de inzet van een sportarts aan de stand van de wetenschap en praktijk). Wel heeft het ZIN beroepsgroepen ondersteund bij de plaatsbepaling van inspanningsfysiologie door een sportarts binnen de medisch-specialistische zorg (wanneer is de inzet van inspanningsfysiologie door een sportarts doelmatig ten opzichte van diagnostiek door andere beroepsgroepen). Er volgt geen nieuw standpunt. Het eerdere standpunt uit 2014 blijft geldig (zie: www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/12/04/s-standpunt-sportgeneeskunde-en-de-zorgverzekeringswet).

Om voor bredere vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking te komen, geeft het ZIN aan dat het noodzakelijk is dat er richtlijnen/zorgmodules komen over inspanningsfysiologie waarin sportartsen, samen met huisartsen en mogelijke andere beroepsgroepen, duidelijk maken wanneer inspanningsdiagnostiek en/of -advies door de sportarts passende zorg is. Als basis hiervoor kan bijvoorbeeld de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)-zorgmodule Leefstijl Bewegen worden gebruikt.

In dbc-release RZ22a zijn vanwege de bovenstaande aanspraakbeperking twee nieuwe zorgactiviteiten met een aanspraakcode Zorgactiviteiten Diverse Beperkingen (2601) geïntroduceerd:

- Inspanningsdiagnostiek bij verminderde inspanningsintolerantie (193109)
- Inspanningsdiagnostiek en -advies t.b.v. beweeginterventie (193110)

Bij het vastleggen van deze zorgactiviteiten moet de poortspecialist registreren of sprake is van een verzekerde of niet-verzekerde indicatie.

In het geval van een niet-verzekerde indicatie leidt het subtraject af naar een dbc-zorgproduct met een onverzekerde declaratiecode.

Voor vragen over de aanspraak kunt u contact opnemen met het ZIN.

2.5 Tarieven

In deze paragraaf informeren wij u over wijzigingen die leiden tot enkel tariefsaanpassingen.

2.5.1 Tariefaanpassing dbc-zorgproducten voor Deep Brain Stimulation (DBS) (vervolg wijzigingsverzoek 202419)

Referentienummer: 202989

Releasebestand(en): TT

Specialisme(n): 0308 Neurochirurgie

Zorgproductgroep(en): 972802 WBMV - Zenuwstelsel

Aanleiding en verzoek

In dbc-release RZ20a zijn de dbc-zorgproducten (dbc-zp's) voor Deep Brain Stimulation (DBS) gewijzigd (zie wijzigingsverzoek 202419). Met deze wijziging zijn ook de maximumtarieven aangepast. Sinds deze aanpassing zijn de maximumtarieven voor de DBS dbc-zp's niet meer kostendekkend. Aanvrager verzoekt om de tarieven aan te passen.

Doorgevoerde wijziging(en)

De maximumtarieven voor de DBS dbc-zp's zijn, in overleg met kostprijsexperts uit de ziekenhuizen die deze zorg leveren, aangepast. Zorgverzekeraars Nederland is op de hoogte van de tariefaanpassing voor de dbc-zp's en heeft daarin geen aanleiding gezien om inhoudelijk te reageren.

Wijziging(en) tarieven tabel

Declaratie-code	Tarief-type	Max-tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
14E743	5	€ 46935,19	20220101		Gewijzigd
14E744	5	€ 35735,28	20220101		Gewijzigd
14E745	5	€ 41045,55	20220101		Gewijzigd
14E746	5	€ 31058,72	20220101		Gewijzigd
14E747	5	€ 33784,86	20220101		Gewijzigd
14E748	5	€ 23702,08	20220101		Gewijzigd
16E743	7	€ 46935,19	20220101		Gewijzigd
16E744	7	€ 35735,28	20220101		Gewijzigd
16E745	7	€ 41045,55	20220101		Gewijzigd
16E746	7	€ 31058,72	20220101		Gewijzigd
16E747	7	€ 33784,86	20220101		Gewijzigd
16E748	7	€ 23702,08	20220101		Gewijzigd

Informatie over de tariefberekening is opgenomen in hoofdstuk 3. Daarin is toegelicht hoe de tarieven voor de zorgprestaties in het gereguleerde segment tot stand zijn gekomen.

3. Verantwoording tarieven 2022

Voor dbc-release RZ22b kan de berekening van maximumtarieven voor het gereguleerde segment worden ingedeeld in twee categorieën:

- 1) tariefmutaties dbc-zorgproducten (dbc-zp's) (paragraaf 3.1);
- 2) tariefmutaties overige zorgproducten (ozp's) (paragraaf 3.2).

In onderstaand overzicht is voor de dbc-releases RZ22a en RZ22b per categorie het aantal declarabele zp's in het gereguleerde segment weergegeven.

Aantal declarabele zorgproducten dbc-release RZ22a en RZ22b per hoofdcategorie en per segment

Hoofdcategorie	RZ22a		RZ22b	
	A-segment	B-segment	A-segment	B-segment
Dbc-zorgproduct	1.034	3.343	1.034	3.345
Ozp Supplementaire producten	43	7	42	7
Ozp Eerstelijns diagnostiek	0	734	0	734
Ozp Paramedische behandeling en onderzoek	15	104	15	104
Ozp Overige verrichtingen	190	29	191	29
Ozp Facultatieve prestaties	0	80	0	80
TOTAAL	1.282	4.297	1.282	4.299

In onderstaand overzicht is per categorie het aantal tariefmutaties weergegeven in het gereguleerde segment.

Aantal zorgproducten en tariefmutaties dbc-release RZ22b in gereguleerd segment

Zorgproductcode	Zorgproducten				Tariefmutaties	
	Zorgproducten RZ22a	Zorgproducten beëindigd	Zorgproducten nieuw	Zorgproducten RZ22b	Tarieven ongewijzigd	Tarieven gewijzigd
Dbc-zorgproducten	1.034	0	0	1.034	998	36
Overige zorgproducten	248	5	5	248	242	6
TOTAAL	1.282	5	5	1.282	1.240	42

Bij dbc-release RZ22b zijn in het gereguleerde segment vijf nieuwe ozp's geïntroduceerd (zie wzv 202747 en 202866) en vijf ozp's beëindigd (zie wzv 202747 en 202950). In totaal zijn 42 maximumtarieven in het gereguleerde segment gewijzigd of nieuw toegevoegd, waarvan 36 dbc-zp's en zes ozp's.

In de volgende paragrafen vindt u een beschrijving van elk van de RZ22b tariefmutaties.

3.1 Tariefmutaties dbc-zorgproducten

In het algemeen geldt dat bij dbc-releases RZ22a en RZ22b voor de berekening van de maximumtarieven in het gereguleerde segment zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van kostprijzen 2018.

Bij nieuwe dbc-zp's en ozp's is een toeslag verwerkt voor vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (VGREV). Daarnaast is bij dbc-zp's een toeslag verwerkt voor zwevende verrichtingen.

3.1.1 Wijziging tarieven voor nazorgproducten stamceltransplantatie (wzv 202842 - RZ22a)

Per 2021 is de productstructuur voor stamceltransplantatie aangepast om deze beter aan te laten sluiten op de geldende praktijk. Als laatste onderdeel van deze veranderingen zijn de nazorgproducten verder aangepast waardoor er meer kosten homogene producten zijn ontstaan. In overleg met partijen is besloten om wederom kostprijzen 2016 te gebruiken als basis voor de tariefberekening, aangezien deze uitgebreid zijn besproken en gecontroleerd met partijen. In de afronding van de RZ22a tariefberekening zijn per abuis toch de recentere 2018 kostprijzen gebruikt.

De tarieven van zorgproducten die door deze fout zijn geraakt worden in dbc-release RZ22b gecorrigeerd. Hierbij sluiten we aan bij het oorspronkelijke uitgangspunt om toch de 2016 kostprijzen te gebruiken als basis voor de tarieven van deze zorgproductgroep.

Doordat de fout is ontdekt direct na de uitlevering van de RZ22a release, kunnen de correcties nog worden verwerkt in de dbc-release RZ22b zodat de tarieven juist zijn op het moment dat dbc-pakket 2022 in werking treedt.

Tarieven 2021 en 2022 (gesplitst naar setting, prijspeil 2022)

Soort transplantatie	Tarieven RZ22					Tarieven RZ21	
	Kind		Volwassene			Kind	Volwassene
	Ambulant	Klinisch	Ambulant	Klinisch 1-15	Klinisch >15		
HLA-identieke verwante donor	€ 10.372	€ 38.464	€ 10.281	€ 28.128	€ 78.103	€ 17.269	€ 22.613
Niet-verwante donor/ haplo-identieke verwante donor	€ 9.892	€ 50.161	€ 10.206	€ 26.608	€ 73.266	€ 26.728	€ 23.442
Navelstrengbloed	€ 11.387	€ 69.112	€ 8.482	€ 26.721	€ 86.546	€ 32.269	€ 25.718
Autoloog	€ 7.376	€ 32.114	€ 3.332	€ 14.002	€ 33.558	€ 18.054	€ 5.684

3.1.2 Wijziging tarieven voor gynaecologie producten (wzv 202831 - RZ22a)

Voor de diagnose Gespecialiseerde technieken F21 in zorgproductgroep 972804 is in dbc-release RZ22a afsluitregel 2.0307.1 aangepast, omdat de technische uitwerking in het registratieaddendum niet volledig overeenkomt met de afsluitregel in de Regeling medisch-specialistische zorg. Vanwege de wijziging van afsluitregel 2.0307.1 zijn de maximumtarieven voor de dbc-zp's 972804026, 972804031 en 972804036 aangepast. De aanpassing van de maximumtarieven is bepaald door eerst de prijsmutatie-percentages, zoals berekend volgens de conversiemethode, toe te passen op de RZ21c-tarieven (exclusief toeslagen voor VGREV, zwevende verrichtingen en kosten fertiliteitshormonen en Leuproreline) en daarna de toeslagen opnieuw toe te voegen.

Bij een interne controle is echter gebleken dat in de tarieven van deze dbc-zp's de toeslag voor kosten van fertiliteitshormonen wel is meegenomen, maar niet de toeslag voor de kosten van Leuproreline. Het alsnog meenemen van deze kosten leidt tot de tariefwijzigingen zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Wijziging maximumtarieven in zorgproductgroep 972804

Dbc-zp code	Dbc-zp omschrijving	Casemix	RZ22a tarief	RZ22b tarief	Vershil	PW-effect
972804026	IVF/ ICSI - stimulatie Infertilititeit	3.096	€ 989,36	€ 1005,49	€ 16,13	€ 49.939
972804031	Behandeling met gonadotrofines Infertilititeit	5.715	€ 712,06	€ 722,60	€ 10,54	€ 60.262
972804036	IVF/ ICSI - cryocyclus-monitoring Infertilititeit	8.614	€ 318,74	€ 321,72	€ 2,98	€ 25.659
					Totaal	€ 135.860

De tarieven in bovenstaande zijn op prijspeil 2022, na toepassing van VGREV en correctie voor zwevende verrichtingen. Op basis van het productievolume van de kostprijsaanleveringen 2018 stijgt de totale productiewaarde met 1,4%.

3.1.3 Complex chronische longaandoeningen (ccl)

Begin 2021 is de productstructuur complex chronisch longaandoeningen (ccl) gewijzigd. Tegelijkertijd met de productstructuurwijziging is ook een herijking van de ccl-tarieven uitgevoerd. Dit heeft voor de hele zorgproductgroep 990022 geleid tot brede tariefdalingen. De NZa heeft besloten om deze daling te verdelen over twee jaren. Daarom is sprake van een overgangsjaar (2021) en een definitieve situatie (vanaf 2022 tot de volgende herijking). Voor verdere toelichting zie het document 'Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ21b' (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_320222_22/1/).

In de RZ22a, die medio april 2021 door de NZa werd vastgesteld, zijn de ccl-tarieven opgenomen zoals deze vanaf 1 januari 2022 gelden. Eind april 2021, dus na de vaststelling van de RZ22a, heeft de NZa in het kader van een bezwaarprocedure een aanvullende informatie-uitvraag gedaan bij één van de ccl-aanbieders. Deze informatie-uitvraag heeft betrekking op het volgende: de betreffende zorgaanbieder levert ccl zorg in het hooggebergte en het Zorginstituut heeft geuid dat dit per 1 december 2019 geen verzekerde zorg meer is. Daarom worden de kosten van deze aanbieder die specifiek terug te rekenen zijn naar het verlenen van zorg in het hooggebergte niet meegenomen in de kostprijsberekening die ten grondslag ligt aan de tarieven. Dit gebeurt middels een kostenvermindering per verpleegdag. De betreffende instelling heeft bezwaar gemaakt tegen deze kostenvermindering op grond van het volgende punt: de NZa baseert deze kostenvermindering niet op de werkelijke kosten van het jaar dat de basis vormt voor de kostprijsberekening, te weten 2018, maar op historische kosten. De NZa heeft dit bezwaaronderdeel gegrond verklaard en heeft vervolgens de relevante kosten in het betreffende jaar (2018) uitgevraagd.

De tarieven over 2021 en 2022 zijn herberekend met deze aangepaste kostenvermindering per verpleegdag. Dit is de enige aanpassing die de NZa heeft gedaan ten opzichte van de eerdere berekening zoals verantwoord in het document Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ21b. Dit leidt tot een aanpassing van de eerder berekende tarieven.

De tarieven voor 2021 zijn, conform wijzigingsbesluit [WB-REG-2021-09](#), met terugwerkende kracht gecorrigeerd voor heel het kalenderjaar 2021. Het betreft de zorgproducten 990022038, 990022100 en 990022110.

Van vijf ccl-producten zijn de tarieven voor 2022 aangepast zoals nu berekend, met aanpassing naar het definitieve prijspeil voor 2022. Onderstaande tabel toont de hieruit resulterende aanpassingen op het prijspeil van 2022.

Wijziging maximumtarieven in zorgproductgroep 990022 (ccl)

Dbc-zp code	Dbc-zp omschrijving	RZ22a tarief	RZ22b tarief
990022037	Afgebr. behandeling VAN-instelling	€ 11.669,58	€ 11.671,26
990022038	Beh. kinderdiagnostiek	€ 23.223,55	€ 23.231,11
990022100	Niv.2; pulmonaal; klinisch	€ 37.044,60	€ 37.120,54
990022110	Niv.1; pulmonaal; klinisch	€ 28.193,35	€ 28.199,44
990022113	Niv.1; ex.pul.fysiek; klinisch	€ 23.687,12	€ 23.689,37

3.1.4 Herijking maximumtarieven voor Deep Brain Stimulation behandelingen (wzv 202989)

Anderhalf jaar geleden is de NZa benaderd door twee universitaire medische centra (umc's) over de tarieven van zes dbc-zp's (972802123 tot en met 972802128) voor Deep Brain Stimulation (DBS) die zijn geïntroduceerd in de dbc-release RZ20a. De umc's hebben toen aangegeven dat bij deze zorgproducten sprake is van een knelpunt in de bekostiging.

Om te bepalen wat de oorzaak is van het knelpunt is de NZa begin 2020 met de twee umc's gestart met een onderzoek van de DIS-profielen van de nieuwe producten. Uit dit onderzoek bleek dat deze profielen goed aansluiten bij de medische praktijk. Als vervolgstap was het voornemen om de onderliggende kostprijzen per zorgactiviteit en de honorarium-component te onderzoeken. Echter, vanwege de corona-crisis heeft dit vervolgonderzoek vertraging opgelopen. Kort geleden is door een algemeen ziekenhuis een wijzigingsverzoek (wzv 202989) ingediend dat alleen betrekking heeft op dbc-zp 972802128. Dit versterkt de signalen dat de tarieven voor de DBS-producten niet dekkend lijken. Vanwege de sterke samenhang tussen deze zes dbc-zp's heeft de NZa deze signalen in gezamenlijkheid verder onderzocht.

Op basis van DIS-profielen en kostprijzen per zorgactiviteit zijn nieuwe tarieven berekend. Omdat de kostprijzen per zorgactiviteit geen honorarium kosten bevatten is het aandeel honorarium geschat op basis van de aangeleverde kostprijzen 2018 voor de dbc-zp's 972802072 tot en met 972802075, de voorlopers van de huidige DBS-producten. Het percentage voor de honorariumcomponent voor deze dbc-zp's bedraagt 33,925%. Bij de bepaling van dit percentage zijn de kosten voor neurostimulatoren en elektroden (ingedeeld in zorgprofielklasse (zpk) 13 Kunst- en hulpmiddelen) niet meegenomen omdat dit uitsluitend materiaalkosten betreffen en als onafhankelijk mogen verondersteld van de honorariumkosten. Dit percentage is toegepast op de tarieven berekend met behulp van de DIS-profielen waarbij de kosten van de zpk 13 zorgactiviteiten buiten beschouwing zijn gelaten. Tot slot zijn ook de toeslagen VGREV en zwevende verrichtingen verwerkt in de tarieven en zijn deze geïndexeerd naar prijspeil 2022.

Berekening experttarieven voor zorgproductgroep 972802

Dbc-zp code	Profielprijs * (pp 2021)	Honorarium ** (pp 2021)	Integrale kostprijs (pp 2021)
972802123	€ 42.801	€ 2.536	€ 46.517
972802124	€ 31.935	€ 2.583	€ 35.417
972802125	€ 37.064	€ 2.584	€ 40.680
972802126	€ 27.399	€ 2.601	€ 30.782
972802127	€ 31.909	€ 726	€ 33.484
972802128	€ 22.191	€ 704	€ 23.491

* Dit is het product van de uitgeleverde profielen RZ22 en de kostprijzen van zorgactiviteiten van ziekenhuiskosten (exclusief honorarium MS) op prijspeil 2021.

** Dit betreft de hierboven beschreven honorarium component MS van 33,925%

Na het verwerken van de toeslagen voor VGREV en zwevende verrichtingen en prijsindex 2022 worden de maximumtarieven als volgt.

Wijziging maximumtarieven in zorgproductgroep 972802

Dbc-zp code	Dbc-zp omschrijving	RZ22a tarief	RZ22b tarief
972802123	Plaatsen/ vervangen DBS-elektroden dubbelzijdig inclusief oplaadbare pulsgenerator	€ 46.736,33	€ 46.935,19
972802124	Plaatsen/ vervangen DBS-elektroden dubbelzijdig inclusief niet-oplaadbare pulsgenerator	€ 36.176,86	€ 35.735,28
972802125	Plaatsen/ vervangen DBS-elektrode enkelzijdig inclusief oplaadbare pulsgenerator	€ 34.032,26	€ 41.045,55
972802126	Plaatsen/ vervangen DBS-elektrode enkelzijdig inclusief niet-oplaadbare pulsgenerator	€ 25.671,71	€ 31.058,72
972802127	Plaatsen/ vervangen oplaadbare DBS-pulsgenerator (excl elektroden)	€ 18.611,94	€ 33.784,86
972802128	Plaatsen/ vervangen niet-oplaadbare DBS-pulsgenerator (excl elektroden)	€ 13.443,04	€ 23.702,08

3.1.5 Tariefwijziging vanwege overheveling Epoëtines en G-CSF

De minister van VWS heeft besloten met ingang van 1 januari 2022 de geneesmiddelengroepen Erythropoëtische groeifactoren (epoëtines) en Granulocyte colony stimulating factor (G-CSF middelen) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen van het kader 'Farmaceutische zorg (extramurale farmacie)' naar het kader 'Medisch specialistische zorg (intramurale farmacie)'.

Tot 1 januari 2021 worden epoëtines (bij dialyse) en G-CSF middelen (bij stamceltransplantatie) bekostigd uit dbc-zorgproducten. Per 2022 worden voor epoëtines en G-CSF middelen add-on prestaties vastgesteld. Dit betekent dat de kosten voor deze geneesmiddelen per 2022 niet langer bekostigd mogen worden als onderdeel van deze dbc-zorgproducten.

Daarentegen dienen de kosten voor farmaceutische dienstverlening wel te worden bekostigd via dbc-zorgproducten. Omdat door de overheveling instellingen voor medisch-specialistische zorg ook de farmaceutische dienstverlening voor thuis toegediende epoëtines en G-CSF middelen moeten bekostigen, zullen de kosten voor dienstverlening toenemen voor deze instellingen.

Om de effecten van deze overheveling op de maximumtarieven in het gereguleerde segment te bepalen hanteert de NZa als uitgangspunt dat maximumtarieven enkel actief worden aangepast indien de tariefmutatie groter is dan 1%. Toepassing van deze grenswaarde heeft tot gevolg dat uitsluitend de maximumtarieven van de dbc-zp's 979003011 en 979003016 worden verlaagd i.v.m. het schonen van kosten voor G-CSF middelen. De maximumtarieven van andere geraakte zorgproducten in het gereguleerde segment worden niet actief verlaagd in verband met het schonen van kosten voor epoëtines en G-CSF middelen. Tegelijk zijn in het gereguleerde segment ook geen maximumtarieven actief verhoogd in verband met het ophogen van kosten voor farmaceutische dienstverlening voor zowel epoëtines als G-CSF middelen.

Wijziging maximumtarieven vanwege overheveling G-CSF

Dbc-zp code	Dbc-zp omschrijving	Tariefmutatie	Maximumtarief RZ22a	Maximumtarief RZ22b	Vershil
979003011	Stimuleren en oogsten van eigen stamcellen voor een stamceltransplantatie met maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen.	2,79%	€ 11.162,20	€ 10.851,32	€ 310,88
979003016	Stimuleren en oogsten van eigen stamcellen voor een stamceltransplantatie met maximaal 6-28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen.	1,08%	€ 29.170,46	€ 28.854,57	€ 315,89

De tariefmutaties als gevolg van het schonen geneesmiddelenkosten epoëtines en G-CSF middelen zijn berekend op basis van:

1. de informatie over de gemiddelde kosten van epoëtines en G-CSF middelen per zorgactiviteit voor dialyse of toedienen groeifactoren vanuit zorgaanbieders;
2. de maximumtarieven van RZ22a voor het A-segment;
3. de frequentie van het voorkomen zorgactiviteiten per zorgproduct o.b.v. de gesimuleerde RZ22a DIS-data zodat rekening is gehouden met de wijzigingen in de dbc-productstructuur.

De tariefmutaties als gevolg van het ophogen van kosten voor farmaceutische dienstverlening zijn berekend op basis van:

1. €15 aan kosten voor dienstverlening per verstrekking (dit is iets meer dan het hoogste gemiddelde tarief wat extramuraal gedeclareerd is);
2. de maximumtarieven van RZ19b voor het A-segment en de gemiddelde declaratiebedragen uit Vektis 2019 voor het B-segment;
3. de frequentie van het voorkomen farmaceutische dienstverleningen per zorgproducten o.b.v. de extramurale declaraties van epoëtines en G-CSF middelen; hierbij is gebruik gemaakt van Vektis declaratiegegevens 2018/2019 van de extramurale farmacie omdat deze informatie niet beschikbaar is in de gesimuleerde RZ22a DIS-data.

Met name voor het b-segment dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling te bepalen hoe de contractprijzen wijzigen als gevolg van de overheveling. Om het berekenen van de prijsaanpassingen te ondersteunen, biedt de NZa een informatieproduct aan. Informatieproduct Overheveling epoëtines en G-CSF middelen (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_651978_22/1/).

Dit informatieproduct bevat vier tabbladen met overzichten van dbc-zorgproducten die geraakt worden:

- Twee overzichten van dbc-zorgproducten waarbinnen nu kosten voor epoëtines en G-CSF middelen verwerkt zitten. Dit biedt inzicht in de contractprijzen die mogelijk verlaagd moeten worden als gevolg van het vaststellen van add-on prestaties.

- Twee overzichten van dbc-zorgproducten waarbij waarschijnlijk² thuistoedieningen van epoëtines en G-CSF middelen plaats gaan vinden. Dit biedt inzicht in de contractprijzen die mogelijk verhoogd moeten worden als gevolg van de extra kosten voor farmaceutische dienstverlening.

Per tabblad kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf informatie invullen over de gemaakte prijsafspraken en de kosten voor geneesmiddelen en farmaceutische dienstverlening. Vervolgens wordt automatisch de tariefmutatie weergegeven. Voor de volledigheid zijn in het informatieproduct ook de dbc-zorgproducten uit het gereguleerde segment opgenomen zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars eventueel afspraken kunnen maken over de dbc-zorgproducten uit het a-segment, met in achtneming van het geldende maximumtarief of max-tarief.

3.2 Tariefmutaties overige zorgproducten

In dbc-release RZ22b zijn de volgende wijzigingen uitgevoerd bij de overige zorgproducten in het gereguleerde segment.

3.2.1 Twee nieuwe ozp's voor Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (wzv 202747)

Als gevolg van dit wijzigingsverzoek wordt één prestatie beëindigd en worden er twee prestaties geïntroduceerd. De prestatie 234065 wordt beëindigd en de prestaties 234068 en 234069 worden geïntroduceerd.

Zorgproduct 234065 wordt opgeheven, daarvoor in de plaats komt zorgproduct 234068. Het verschil is dat zorgproduct 234068 zonder de autotransplantatie behandeling is. Voor het tarief van zorgproduct 234068 gebruiken we het 'oude' tarief van zorgproduct 234065.

Het tarief voor het nieuwe autotransplantatie product 234069 baseren we grotendeels op de som van de tarieven van prestaties die worden gebruikt voor een vergelijkbare behandeling in de eerstelijns mondzorg, de J39 en de J97. Omdat in de mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie een deel van de operaties uitgevoerd worden onder narcose, voegen we daar nog een anesthesiologen loonkosten component aan toe. De bron hiervoor is het kaakchirurgie tarief onderzoek uit 2017. Daar is per zorgproduct een anesthesiologen loonkosten component opgenomen in het tarief, afhankelijk van hoe vaak een prestatie met hulp van een anesthesioloog werd uitgevoerd. Voor zorgproduct 234065 was dit 15,0%, met een loonkostencomponent van € 86,77 (prijsspeil 2014) wanneer een anesthesioloog was betrokken.

Voor de berekening van het tarief nemen we dus $15\% \times 86,77 = € 13,04$ (prijsspeil 2014) mee, geïndexeerd naar 2021 is dat € 15,02. Dit bedrag tellen we op bij de tarieven voor de J39 (€ 177,01) en J97 (€ 177,05) uit de mondzorg (deze zijn exclusief VGREV). Bij elkaar opgeteld resulteert dat in een tarief van € 369,08 (prijsspeil 2021, exclusief VGREV). Om te komen tot het RZ22b maximumtarief moet dit bedrag nog geïndexeerd worden naar 2022 en wordt de VGREV-vergoeding toegevoegd. In de tabel hieronder is het definitieve RZ22b tarief opgenomen.

² Op basis van diverse aannames is een inschatting gemaakt naast welke dbc-zorgproducten de add-on's voor epoëtines en G-CSF middelen voornamelijk gedeclareerd gaan worden. In verband met het grote aantal parallelle dbc-zorgproducten is het niet mogelijk om met volledige zekerheid te voorspellen welke dbc-zorgproducten geraakt gaan worden.

Maximumtarieven voor nieuwe prestaties kaakchirurgie

Ozp code	Ozp omschrijving	RZ22b tarief
234068	Behandeling van één of meer geluxeerde elementen, replantatie van elementen en/of behandeling van een fractuur van de processus alveolaris, inclusief eventueel spalpen. Per kaak	€ 209,64
234069	Autotransplantatie van elementen per kaak, inclusief eventueel fixeren.	€ 378,37

3.2.2 Drie nieuwe ozp's voor lever- en longperfusie (wzv 202866)

In maart 2021 heeft het Zorginstituut aangegeven dat perfusie bij transplantatie van postmortale organen (lever en long) vanaf 2022 tot het basispakket van verzekerde zorg gaat behoren zodat long- en leverperfusie via de reguliere dbc-systematiek gefinancierd kan worden.

Om dit mogelijk te maken zijn drie nieuwe ozp's geïntroduceerd. Door middel van deze drie nieuwe ozp's kan een transplantatiecentrum de uitgevoerde procedure voor warme longperfusie (ozp 192128 - Ex vivo perfusie donorlongen, warm (EVLP)), warme leverperfusie (ozp 192129 - Normotherme machinale perfusie donorlever, warm (NMP)) en koude leverperfusie (ozp 192130 - (Duale) hypothermische geoxygeneerde perfusie donorlever (D)HOPE)) registreren en declareren binnen het zorgtraject van de beoogde ontvanger.

Uit analyses die de NZa heeft uitgevoerd op basis van kostprijsgegevens voor perfusie is gebleken dat het nog niet goed mogelijk is om een integraal maximumtarief voor deze drie ozp's te bepalen waarin zowel de vaste als variabele kosten op kostendekkende wijze zijn verwerkt. De reden hiervoor is dat de variabele kosten per procedure weliswaar stabiel zijn, maar dat de vaste kosten per procedure niet goed zijn te berekenen vanwege de grote onzekerheid in het productievolume in de komende jaren. In overleg met de transplantatiecentra, zorgverzekeraars, NTS en de NZa is ervoor gekozen om de vaste en variabele kosten tijdelijk (2022 tot en met 2025) apart te financieren. Hierdoor is meer tijd om te bezien hoe de productievolumes zich de komende jaren ontwikkelen, met name of deze zich zodanig stabiliseren zodat een integraal tarief mogelijk is.

De totale vaste kosten van long- en leverperfusie (bestaande uit de kosten voor afschrijving en onderhoud van de apparatuur, perfusieruimte, vaste formatie van perfusie medewerkers en overheadkosten) zullen voor een periode van vier jaar (2022 tot en met 2025) worden gefinancierd via de orgaanbegroting van de NTS. Vanaf 2026 dient echter sprake te zijn van integrale bekostiging zodat in de maximumtarieven van de ozp's zowel de vaste als de variabele kosten voor perfusie zijn verwerkt. Op basis van de verwachte productievolumes in 2022 bedragen de totale vaste kosten voor long- en leverperfusie (die in de orgaanbegroting van de NTS voor 2022 is opgenomen) in totaal € 3.484.090.

De variabele kosten per procedure (bestaande uit kosten voor de inzet van medisch specialisten en perfusionisten tijdens de procedure, kosten voor disposables en diagnostiek en overheadkosten) zullen vanaf 2022 worden bekostigd via de drie ozp's. In onderstaande tabel zijn de maximumtarieven weergegeven.

Maximumtarieven voor nieuwe prestaties long- en leverperfusie

Ozp code	Ozp omschrijving	RZ22b tarief	Volumeprognose 2022	Variabele kosten 2022
192128	Ex vivo perfusie donorlongen, warm (EVLP).	€ 25.839,52	47	€ 1.214.458
192129	Normotherme machinale perfusie donorlever, warm (NMP).	€ 12.629,75	57	€ 719.896
192130	(Duale) hypothermische geoxygeneerde perfusie donorlever ((D)HOPE).	€ 8.383,87	80	€ 670.710
		Totaal	184	€ 2.605.063

Op basis van de verwachte productievolumes in 2022 bedragen de totale variabele kosten van long- en leverperfusie in totaal € 2.605.063.

3.2.3 Eenmalige toeslag bij ozp 037521 Prenatale Screening: Counseling i.v.m. 13-weeken echo (wzv 202919)

Met ingang van 1 augustus 2021 is de voorlichting over de 13-weeken echo onderdeel van ozp 037521 (Prenatale screening: counseling). Hierdoor wordt in de eerste lijn het 2022 maximumtarief voor deze prestatie met ingang van 1 augustus 2021 verhoogd met de kosten voor de voorlichting over de 13-weeken echo. De leden van het Technisch overleg msz hebben er echter voor gekozen om het maximumtarief voor de msz pas te wijzigen per 1 januari 2022, zonder terugwerkende kracht. De misgelopen vergoeding over de periode 1 augustus 2021 tot en met 31 december 2021 wordt in 2022 gecompenseerd door middel van een éénmalige opslag van € 7,58 op het maximumtarief € 67,63 voor de eerstelijns. Als gevolg hiervan wordt het maximumtarief € 75,21 voor de msz. Vanwege deze opslag zullen de maximumtarieven voor de msz en de eerste lijn van elkaar verschillen in de periode 1 augustus 2021 tot en met 31 december 2021. Per 2023 gaat deze éénmalige opslag voor de msz er weer van af en zullen voor de msz en de eerste lijn weer dezelfde tarieven gelden.

Wijziging maximumtarief prenatale screening: counseling

Ozp code	Ozp omschrijving	RZ22a tarief	RZ22b tarief
037521	Prenatale screening: counseling.	€ 49,13	€ 75,21

Bijlage 1: Overzicht impact wijzigingen op releasebestanden

In deze bijlage vindt u de tabel impact wijzigingen op releasebestanden. Hierin is - door middel van kruisjes - aangegeven wat de impact is van de wijzigingen op releasebestanden in deze dbc-release. In hoofdstuk 2 kunt u op basis van de referentienummers zoeken naar achtergrond- en detailinformatie van de wijzigingen.

N.B. Wanneer in de kolom 'Geen impact op releasebestanden' een kruisje staat, dan heeft de wijziging dus geen effect op de in de tabel genoemde releasebestanden. Het is echter wel mogelijk dat de afleiding binnen de productstructuur is gewijzigd (bijvoorbeeld bij uitvalreductie).

Tabel impact wijzigingen op releasebestanden

Referentie-nummer	Para-graaf	Geen impact op releasebestanden	Wel impact op releasebestanden																	
			ACT	ARDT	ARGT	BR	DCT	ETL	HOR	LMM	NR	RA	RDZT	TB	TT	VT	WBMV	ZAT	ZP	ZPG
202747	2.3.1														X			X		
202865	2.1.1										X									
202866	2.3.2										X				X			X		
202872	2.4.1						X													
202907	2.2.1											X			X			X	X	
202910	2.2.2				X							X			X	X		X	X	

Referentie- nummer	Para- graaf	Geen impact op release- bestanden	Wel impact op releasebestanden																	
			ACT	ARDT	ARGT	BR	DCT	ETL	HOR	LMM	NR	RA	RDZT	TB	TT	VT	WBMV	ZAT	ZP	ZPG
202919	2.1.2					X					X				X					
202922	2.3.3										X				X			X		
202925	2.2.3											X								
202929	2.1.3										X									
202939	2.1.4										X									
202948	2.3.4														X			X		
202950	2.3.5					X					X				X			X		
202951	2.2.4																		X	
202957	2.1.5										X	X								
202970	2.1.6										X	X								
202979	2.1.7					X					X				X			X		
202981	2.1.8					X					X									
202987	2.1.9										X									
202989	2.4.1														X					
203013	2.2.5				X							X			X			X	X	
203015	2.3.6										X				X			X		
203019	2.4.2						X	X			X		X		X				X	

Bijlage 2: Overzicht impact wijzigingen op specialismen

In deze bijlage vindt u de tabel specialismecode en – omschrijving evenals een tabel met indicaties van specialismen die per wijzigingsverzoek worden geraakt in deze dbc-release.

Tabel specialismecode en -omschrijving

Code	Omschrijving	Code	Omschrijving	Code	Omschrijving	Code	Omschrijving	Code	Omschrijving
0301	Oogheelkunde	0308	Neurochirurgie	0324	Reumatologie	0361	Radiotherapie	0390	Klinische Genetica
0302	KNO	0310	Dermatologie	0326	Allergologie	0362	Radiologie	1100	Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
0303	Heelkunde	0313	Inwendige Geneeskunde	0327	Revalidatiegeneeskunde	0363	Nucleaire geneeskunde	1900	Audiologie
0304	Plastische chirurgie	0316	Kindergeneeskunde	0328	Cardio-pulmonale chirurgie	0386	Klinische chemie	8416	Sportgeneeskunde
0305	Orthopedie	0318	MDL	0329	Consultatieve Psychiatrie	0387	Medische microbiologie	8418	Geriatrische revalidatiezorg
0306	Urologie	0320	Cardiologie	0330	Neurologie	0388	Pathologie		
0307	Gynaecologie	0322	Longgeneeskunde	0335	Klinische Geriatrie	0389	Anesthesiologie		

Bent u medisch specialist of werkt u voor één of verschillende specialismen? Dan krijgt u met de volgende tabel in één oogopslag een beeld van de voor u relevante referentienummers in deze dbc-release. In hoofdstuk 2 kunt u op basis van de referentienummers zoeken naar de achtergrond- en detailinformatie van de wijzigingen. Wanneer u zoekt naar een specifiek specialisme is het aan te raden om *ook* naar de term 'verschillende' te zoeken. Bij wijzigingsverzoeken die verschillende specialismen raken is deze term gebruikt.

N.B. Wij benadrukken dat de tabel een hulpmiddel is om u op weg te helpen bij de implementatie van de dbc-release. Wij kunnen niet garanderen dat dit overzicht voor alle praktijksituaties volledig en juist is.

Tabel impact wijzigingen op specialismen

Referentie- nummer wijzigings- verzoek	Paragraaf	N.v.l.	Verschil- lende	0301	0302	0303	0304	0305	0306	0307	0308	0310	0313	0316	0318	0320	0322	0324	0326	0327	0328	0329	0330	0335	0361	0362	0363	0386	0387	0388	0389	0390	1100	1900	8418
202747	2.3.1																																X		
202865	2.1.1		X																																
202866	2.3.2					X			X				X		X		X				X														
202872	2.4.1									X																									
202907	2.2.1							X			X																								
202910	2.2.2					X			X																										
202919	2.1.2									X																									
202922	2.3.3									X																									
202925	2.2.3												X	X																					
202929	2.1.3		X																																
202939	2.1.4	X																																	
202948	2.3.4																													X					

Referentie- nummer wijzigings- verzoek	Paragraaf	N.v.t.	Verschil- lende	0301	0302	0303	0304	0305	0306	0307	0308	0310	0313	0316	0318	0320	0322	0324	0326	0327	0328	0329	0330	0335	0361	0362	0363	0386	0387	0388	0389	0390	1100	1900	8418
202950	2.3.5	X																																	
202951	2.2.4												X	X		X					X				X										
202957	2.1.5													X			X																		
202970	2.1.6																																		X
202979	2.1.7																															X			
202981	2.1.8		X																																
202987	2.1.9		X																																
202989	2.4.1										X																								
203013	2.2.5												X																						
203015	2.3.6	X																																	
203019	2.4.2																																		X

Bijlage 3: Overzicht gewijzigde releasebestanden

In deze bijlage vindt u een overzicht van de releasebestanden die zijn gewijzigd in deze dbc-release (tabellen, documenten, regels) en op welke website u deze kunt vinden.

De volgende gewijzigde releasebestanden kunt u inzien op puc.overheid.nl/nza/zorgsectoren.

Releasebestand		
Aanvullende informatie bij RDZT	ICT-eisen dbc-release RZ22b	Typeringslijsten per specialisme
Afsluitregels Tabel	Registratieaddendum	Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ22b
Diagnose Combinatie Tabel	Registratieaddendum bijlage 1	Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper
Elektronische Typeringslijst	Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	Zorgactiviteiten Tabel
Grouper tabellen RZ22b	Tarieven Tabel	Zorgproducten Tabel
Handleiding dbc-systematiek	Testset Grouper RZ22b	
Handleiding dbc-release RZ22b	Totaalbestand Uitlevering	

Voorgaande gewijzigde releasebestanden zijn verwerkt in de zorgproductapplicatie. Deze kunt u inzien op zorgproducten.nza.nl.

De volgende, gewijzigde releasebestanden kunt u inzien op www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg.

Releasebestand	
Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR) (inclusief Bijlage 1 Totstandkoming tarieven)	Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB) (inclusief bijlage TB Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten)
Regeling medisch-specialistische zorg (NR) (inclusief bijlagen)	

Bijlage 4: Overzicht afgewezen wijzigingsverzoeken

In deze bijlage vindt u een overzicht van wijzigingsverzoeken die we niet hebben gehonoreerd, met daarbij vermeld een toelichting op de afwijzing.

Tabel afgewezen wijzigingsverzoeken

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting
202841	Introduceren prestatiecode voor elektriciteitskosten bij mechanische thuisbeademing	<p><i>Omschrijving van het verzoek</i></p> <p>Elektriciteitskosten gemaakt in verband met het gebruik van mechanische thuisbeademingsapparatuur, worden vergoed uit de basisverzekering. Zorginstituut Nederland heeft bepaald dat deze kosten vallen onder de aanspraak geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Momenteel worden deze kosten door patiënten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De meeste zorgverzekeraars hebben hiertoe digitale declaratieformulieren beschikbaar gesteld, die toegankelijk zijn via de 'Mijn-omgeving' van hun verzekerden. Aanvrager verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een prestatie vast te stellen voor elektriciteitskosten van mechanische thuisbeademingsapparatuur, zodat zorgverzekeraars deze kosten op een eenduidige manier administratief kunnen verwerken.</p> <p><i>Beslissing</i></p> <p>Het verzoek is niet gehonoreerd.</p> <p><i>Toelichting</i></p> <p>De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voornemens om elektriciteitskosten uit te zonderen van de prestatie- en tariefregulering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De minister heeft daartoe een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) opgesteld en deze op 3 juni 2021 naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd. In de AMvB wordt onder andere geregeld dat elektriciteitskosten bij mechanische thuisbeademing met ingang van 1 januari 2022 worden toegevoegd aan de lijst van uitzonderingen van artikel 3, lid 1, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg (Bub Wmg).</p>

Referentie-nummer	Omschrijving	Toelichting
		<p>Als gevolg hiervan zullen elektriciteitskosten bij mechanische thuisbeademing per 1 januari 2022 uitgezonderd zijn van de prestatie- en tariefregulering (geregeld in de artikelen 50 tot en met 56) van de Wmg. De NZa kan voor deze kosten dan géén prestaties en tarieven meer vaststellen.</p> <p>Anticiperend op de wijziging van het Bub Wmg per 1 januari 2022 beschouwt de NZa het vergoeden van elektriciteitskosten door zorgverzekeraars in de periode tot 1 januari 2022 als rechtmatig, ondanks het ontbreken van een NZa-prestatie.</p>
202940	Schonen dbc-zorgproductstructuur voor device bij diabeteszorg (overheveling naar hulpmiddelen-zorg)	<p><i>Omschrijving van het verzoek</i></p> <p>Per 2021 worden diabeteshulpmiddelen vergoed vanuit de hulpmiddelenzorg. In verband hiermee is geconcludeerd dat bij de diagnoses Diabetes mellitus met chronische pomptherapie (0316_7113), Diabetes mellitus overig (0316_7114) en Diabetes mellitus chronische pomptherapie (0313_223) zorgactiviteit Device voor real-time continue glucosemonitoring (RT-CGM) (190351) niet meer geregistreerd mag worden. Om die reden moeten de dbc-zorgproducten (dbc-zp's) Plaatsen sensor (RT-CGM) bij diabetes (suikerziekte), bij kind (991516054) en Plaatsen sensor (RT-CGM) bij diabetes (suikerziekte) (040201021) worden beëindigd.</p> <p><i>Beslissing</i></p> <p>Het verzoek is ingetrokken.</p> <p><i>Toelichting</i></p> <p>Binnen de RT-CGM is er onderscheid tussen implanteerbare sensoren en niet-implanteerbare sensoren. Implanteerbare sensoren worden onder de huid ingebracht en vallen onder de medisch-specialistische zorg. In verband hiermee is een wijziging in de productstructuur niet meer noodzakelijk. Het kan immers nog steeds voorkomen dat bij diagnoses 0316_7113, 0316_7114 en 0313_223 zorgactiviteit 190351 geregistreerd wordt en dbc-zp's 991516054 en 040201021 worden gedeclareerd, namelijk in het geval van een implanteerbare sensor.</p>

Bijlage 5: Overzicht uitvalreductiewijzigingen

In deze bijlage vindt u een overzicht van uitvalreductiewijzigingen. Deze zijn enkel van toepassing op subtrajecten gestart per 1 januari 2022.

Vormen van uitvalreductie

Er zijn twee typen uitvalreductie te onderscheiden:

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

Toelichting bij de kolommen

Hieronder is toegelicht wat elke kolom in de tabel uitvalreductie betekent. Voor optimale interpretatie adviseren wij de zorgproductapplicatie (ZPA) voor de msz te raadplegen. De ZPA geeft een visuele weergave van de situatie na de aanpassingen zoals omschreven in deze tabel en is te raadplegen via www.zorgproducten.nza.nl.

Toelichting tabel uitvalreductie

Kolom	Betekenis
Zorgproductgroep (Zp-groep)	De code van de zorgproductgroep waarop de aanpassing betrekking heeft.
Diagnosegroep (1e knooppunt)	Een indicatie van het diagnosecluster waarop de aanpassing betrekking heeft.
2 ^e Knooppunt	Naam (omschrijving) van het gewijzigde knooppunt.
Zorgactiviteit (Za)	Code van de zorgactiviteit die is toegevoegd/verwijderd.
Zorgactiviteitsomschrijving (Za-omschrijving)	Omschrijving van de betreffende zorgactiviteit.
Mutatie	Geeft aan of een zorgactiviteit is toegevoegd aan/verwijderd uit het betreffende knooppunt.
Aanvullende informatie	Aanvullende informatie over de zorgactiviteit
Effect	Duiding van het effect van de wijziging (zie ook de toelichting met betrekking tot de twee vormen van uitvalreductie: type 1 en type 2)
Referentienummer	Duiding van het nummer van het wijzigingsverzoek dat ten grondslag ligt aan de betreffende wijziging.

Tabel uitvalreductie RZ22b

Zp-groep	Diagnosegroep (1 ^e knooppunt)	2 ^e Knooppunt	Za	Za-omschrijving	Mutatie	Aanvullende informatie	Effect	Referentie-nummer
979003	Alle	Search/ afname/ aankoop donor	039236	Selectie stamcellen allogeen, haplo-identieke verwante donor bij stamceltransplantatie (excl. 039237).	toegevoegd	N.B. de mutatie is met terugwerkende kracht met ingang van 01-01-2021 doorgevoerd	van uitval (979003072) naar dbc-zorgproduct 979003043	202925

Bijlage 6: Overzicht totaal aantal records per tabel

Hieronder treft u een overzicht aan van het aantal records per tabel ³. Dit overzicht kunt u bijvoorbeeld gebruiken voor het selecteren van gewijzigde records en voor controles bij het inlezen van de tabellen in het ziekenhuissysteem. In de kolom Versie oud vindt u de voorgaande definitieve versie. Daarmee geeft dit overzicht altijd een beeld wat de laatste productieversie van een tabel.

Voor een toelichting op de mutatiecodes verwijzen wij u naar het document ICT-eisen dbc-release RZ22b (hoofdstuk 5, Sleutelvelden en mutatiecodes).

Tabel	Versie		Mutatiecode				Totaal aantal records inclusief kopregel
	Nieuw	Oud	Geen	1	2	3	
Aanspraak Code Tabel	-	20200423	-	-	-	-	-
Afsluitreden Tabel	-	20210429	-	-	-	-	-
Afsluitregels Tabel	20210923	20210429	3772	5	1	0	3779
Diagnose Combinatie Tabel	20210923	20210429	5548	3	1	0	5553
Elektronische Typeringslijst	20210923	20210429	7435	1	1	0	7438
Hulptabel Overloopregistratie	-	20190607	-	-	-	-	-
Limitatieve Lijst Machtigingen	-	20200423	-	-	-	-	-
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	20210923	20210429	3360	1	0	0	3362

³ Is in deze release van een tabel geen nieuwe versie uitgeleverd, dan is enkel kolom 'Versie oud' gevuld en zijn alle overige kolommen 'leeg' (= '-').

Tabel	Versie		Mutatiecode				Totaal aantal records inclusief kopregel
	Nieuw	Oud	Geen	1	2	3	
Tarieven Tabel	20210923	20210429	302308	11	82	6	302408
WBMV Code Tabel	-	20180426	-	-	-	-	-
Zorgactiviteiten Tabel	20210923	20210429	16617	21	17	1	16657
Zorgproducten Tabel	20210923	20210429	21233	78	77	0	21389
Zorgproductgroepen Tabel	-	20210429	-	-	-	-	-