

Informatie van de CvB voor 2019

Hieronder vindt u informatie van de CvB over de registratie van radiologische verrichtingen in 2019. Ook is er een geactualiseerde tabel in Excel van zorgactiviteiten met code, omschrijving, toelichting c.q. NVvR-registratierichtlijnen en normtijd.

Voor een volledige toelichting op de NZa-wijzigingen, zie de releasedocumenten RZ19a en RZ19b op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_259899_22/1/

De normtijden voor 2019 zijn ongewijzigd t.o.v. 2018 (en die waren ongewijzigd t.o.v. 2017 en 2016). Hoewel de CvB van mening is dat de huidige normtijden de reële, gemiddelde tijden benaderen, hebben ze nog steeds geen absolute waarde (bijvoorbeeld om de formatie te berekenen). Het zijn ratio's, die een relatieve zorgzwaarte toekennen aan de verschillende radiologische verrichtingen t.o.v. elkaar.

Toegevoegde zorgactiviteiten (overige zorgproducten indien 1^e lijn)

Vanaf 2019 is het mogelijk om als radioloog een consult te registreren na verwijzing door de huisarts van een vrouw met BI-RADS 0 vanuit het bevolkingsonderzoek, indien dit niet leidt tot verwijzing naar de chirurg. De normtijd is gelijk gesteld aan de normtijd van een MDO.

86910	Consult radioloog na beeldvormend onderzoek na BI-RADS 0 (B0) uitslag, niet gevolgd door aanvullend onderzoek of behandeling.	12
-------	---	----

Er zijn drie nieuwe zorgactiviteiten voor ablaties (interventieradiologie). Tot nu toe waren er zorgactiviteiten voor twee soorten ablaties: RF-ablatie (80058) en Laserablatie (80059). Hier zijn Microwave- Cryo- en IRE-ablatie aan toegevoegd.

80060	Microwave-ablatie.	75
80061	Cryo-ablatie.	90
80062	IRE-ablatie (nanoknife).	90

Microwave-ablatie heeft – net als RF-ablatie (80058) – een aanspraakbeperking; alleen niet-resectabele levermetastasen komen in aanmerking en patiënten met een HCC. IRE-ablatie mag niet plaatsvinden bij prostaatcarcinomen
Voor de normtijden zijn de normtijden voor bestaande ablaties als referentie genomen.

Uitvalproblematiek interventieradiologie

Vanaf 2019 wordt een substantieel deel van de uitval opgelost, die sinds 2016 is ontstaan toen interventieradiologie in de zorgproducten van poortspecialismen is ondergebracht. Hiervoor zijn zorgactiviteiten typerend gemaakt in zorgproductgroepen van poortspecialismen, waardoor combinaties van diagnose en interventie als 'logische zorg' worden gezien en niet meer leiden tot uitval. Dit betreft de zorgactiviteiten:

- Niet-electieve embolisatie van vaten (80028)
- RF-ablatie (80058)

- Percutane transluminale angioplastiek (PTA) stenose van de andere niet-coronaire vaten (80821)
- Percutane transluminale angioplastiek (PTA) occlusie van de andere niet-coronaire vaten (80822)
- Embolisatie van vaten (80828)
- Nefrostomie bij afvloedbelemmering, met CT (88148)
- Nefrostomie bij afvloedbelemmering, met röntgen (88158)
- Nefrostomie bij afvloedbelemmering, met echografie (88178)

Ordertarief voor eerstelijnsdiagnostiek röntgen en MRI

De NZa introduceert een ordertarief als tijdelijke oplossing voor de bezwaren van diagnostische centra tegen de NZa-tarieven en de uitspraak die de rechter daarover heeft gedaan. Het ordertarief dient ter dekking van kosten van meer administratieve aard, die in de ziekenhuizen over alle DBC's worden uitgesmeerd en waarvan in de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek vervolgens weinig is terug te vinden.

Dit ordertarief is als volgt omschreven: 'Tarief ter dekking van de kosten van ontvangst, inschrijving, identificatie, registratie, rapportage en declaratie ten behoeve van onderzoek op verzoek van de eerste lijn.'

Het ordertarief kan per onderzoek maximaal éénmaal worden gedeclareerd, zowel door diagnostische centra als door ziekenhuizen, waar het eerstelijnsdiagnostiek betreft.

De NZa heeft een onderscheid gemaakt tussen een ordertarief röntgen (80002) en een ordertarief voor MRI-onderzoeken (80003), waarbij in het tweede tarief rekening is gehouden met de extra werkzaamheden rondom contra-indicaties en voorlichting.

De codes, omschrijvingen en maximumtarieven zijn:

- 80002 Ordertarief beeldvormende diagnostiek röntgen - € 11,99
- 80003 Ordertarief beeldvormende diagnostiek MRI - € 18,31

Aan de ordertarieven zijn geen normtijden voor de radioloog toegekend.

Interventieradiologie en eigen DBC's/zorgproducten

Sinds 1 januari 2016 zijn de interventieverrichtingen ondergebracht in de DBC's/zorgproducten van de poortspecialismen, die in de meeste situaties als hoofdbehandelaar optreden.

De eigen DBC's/zorgproducten voor interventieradiologie zijn echter wel blijven bestaan voor die gevallen waar de interventieradioloog voldoet aan de vereisten om een eigen zorgtraject te mogen openen (met een eigen typeringslijst en zorgproducten in zorgproductgroep 9900062).

De NZa was destijds voornemens om de knelpunten interventieradiologie en de ontstane hybride situatie te evalueren, maar heeft hier later van afgezien (gebrek aan urgentie in aanloop naar lange termijn doorontwikkeling DBC-systematiek MSZ).

Het is en blijft ook in 2019 nog steeds mogelijk om als interventieradioloog eigen DBC's/zorgproducten te registreren en te declareren, mits er sprake is van hoofdbehandelaarschap.

De hoofdbehandelaar is degene die *'in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag'*.

Dit betekent dat de patiënt naar de interventieradioloog wordt verwezen en deze de verantwoordelijkheid neemt voor de hele periprocedurele zorg inclusief voor- en nazorg. Zie bijlage voor een selectie van definities en voorwaarden in de NZa-regelgeving, die hier betrekking op hebben uit de [Registratiewijzer van de Federatie Medisch Specialisten \(FMS\)](#).

Het streven naar hoofdbehandelaarschap is niet in elk ziekenhuis aan de orde en/of de gewenste praktijk, maar de CvB constateert wel een toenemend aantal vragen over dit onderwerp. Er wordt over gesproken binnen de eigen beroepsgroep (sectie Interventieradiologie/NVIR), maar ook in ziekenhuizen verschuiven werkzaamheden op de polikliniek en verpleegafdeling naar interventieradiologie. Landelijk gezien zijn er ontwikkelingen zoals taakherschikking (en het streven door niet-medische beroepsgroepen naar de registratie en declaratie van eigen DBC's/zorgproducten) en de behoefte aan vereenvoudiging van regelgeving op het gebied van paralleliteit. De CvB zal in 2019 dit onderwerp en de ontwikkelingen dan ook blijven volgen.

Wijzigingen vanaf 2020

De NZa kent lange doorlooptijden voor het doorvoeren van wijzigingsverzoeken. Voor 2020 is het volgende wijzigingsverzoek geaccepteerd voor het registreren en declareren van de CT/CTA van de hoofd/hals en MRI/MRA van de hoofd/hals:

- MRI hals, inclusief MRA hals (excl. MRI cervicale wervelkolom 83192) (83191)
- CT onderzoek van de hals, inclusief CTA van de hals (083043)

Momenteel worden hiervoor de zorgactiviteiten CT wervelkolom (83042) en MRI cervicale wervelkolom (83190) geregistreerd. Deze zijn echter niet passend vanwege de omschrijving en de kosten.

De al bestaande zorgactiviteit MRI cervicale wervelkolom wordt aangepast naar MRI cervicale wervelkolom inclusief craniovertebrale overgang (excl. MRI hals 83191) (83192).

Bijlage Uit Registratiewijzer 2019 Federatie Medisch Specialisten (FMS)

<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/registratiewijzer>

B19. Wat wordt verstaan onder het begrip zorgtraject?

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

Bron: BR/REG-19122a, art. 1, lid rr.

B5. Wat is de definitie van een hoofdbehandelaar?

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor de behandeling van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.

Bron: BR/REG-19122a, art. 1, lid q.

B6. Kan er sprake zijn van meerdere hoofdbehandelaren bij eenzelfde patiënt?

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

Bron: NR/REG-1907, art. 5, lid 2.

B7. Wat is de definitie van een poortfunctie?

Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg mag 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 mag de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant. Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

Bron: BR/REG-19122a, art. 1, lid cc.

C7. Wat is de definitie van multidisciplinaire behandeling?

Openen zorgtraject bij multidisciplinaire behandeling (met subtraject ZT11): Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar een eigen behandeling uitvoeren. In dat geval opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject.

Bron: NR/REG-1907, art. 5b.

Soms zijn bij de zorg voor een patiënt meerdere specialismen betrokken. In bepaalde situaties mogen deze specialismen een eigen zorgtraject openen. De basisregel hiervoor staat in de nadere regel MSZ: 'Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de

patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling’.

Om als specialisme een eigen zorgtraject te openen dient er dus altijd sprake te zijn van:

- hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist, én;*
- een zorgvraag, én;*
- eigen diagnosestelling, én;*
- eigen behandeling.*

Het element zorgvraag verschilt dan doorgaans per specialisme, behalve als er sprake is van multidisciplinaire behandeling. Dan is alleen het element zorgvraag gelijk over de specialismen. In de nadere regel MSZ is onder het kopje ‘Toelichting DBC-registratie’ het volgende opgenomen ten aanzien van een multidisciplinaire behandeling:

‘De DBC-registratie gaat uit van zorgtrajecten per specialisme. Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling waarbij meer poortspecialismen betrokken zijn. In dat geval opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen diagnosestelling én behandeling.’

Bron: NZa Circulaire CI/14/3c.

Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek, zoals bedoeld in artikel 5 lid 1 en lid 2, geldt een uitzondering: indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

Bron: NR/REG-1907, art. 5, lid 3.