

# **Handreiking Audiologische Zorg**

Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)

16 april 2015

## Inhoud

Inhoud	2
Voorwoord	3
Overwegingen	4
Handreiking Audiologische Zorg	5
Disclaimer	6
Bijlage 1 - Samenvatting relevante wetten en regelgeving	7

## Voorwoord

Deze handreiking strekt tot doel om de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit rond de poortfunctie en de functie van hoofdbehandelaar van de klinisch fysisch subspecialisme audiologie, in de stukken van de Nederlandse Zorgautoriteit genoemd klinisch fysisch audioloog, inzichtelijk te maken en een ondersteuning te bieden voor de toepassing daarvan door de klinisch fysisch audioloog en de organisatie.

Aangezien wet- en regelgeving niet helder maakt hoe rollen en verantwoordelijkheden door de klinisch fysisch audioloog en de organisatie in de praktijk precies moeten worden ingevuld, is als uitgangspunt genomen dat de binnen de organisatie werkzame klinisch fysici audiologen in overleg met de organisatie een aantal zaken zelf kan invullen. In dat geval wordt geadviseerd een protocol binnen de organisatie op te stellen.

Er is bewust gekozen voor het formuleren van een handreiking. Het komende jaar wordt beschouwd als een jaar waarin de ervaringen van belang zijn voor de ontwikkeling van een meer bindende leidraad.

## Overwegingen

- I. Een patiënt geldt voor een zorgverlener of instelling als eigen patiënt als deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot die zorgverlener én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders (zie bijlage 1 punt 2c).
- II. De klinisch fysicus audioloog vervult de poortfunctie voor het specialisme 'audiologie' en is daarmee verantwoordelijk voor een juiste typering van het zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg (zie bijlage 1 punt 2h).
- III. Onder het specialisme 'audiologie' valt alle zorg door of vanuit een bij de FENAC (Federatie Nederlandse Audiologische Centra) aangesloten Audiologisch Centrum.
- IV. De klinisch fysicus audioloog verleent 'medisch specialistische zorg' en oefent een poortfunctie uit, maar is geen medisch specialist.
- V. Daar waar in de regelgeving 'klinisch fysicus audioloog' gelezen kan worden waar 'medisch specialist' staat, dient naar analogie 'klinisch fysicus audioloog in opleiding' gelezen te worden waar 'medisch specialist in opleiding' of 'arts-assistent' staat.
- VI. De termen 'polikliniek bezoek' en 'face-to-face' zijn analoog aan de medisch specialistische zorg van toepassing op de audiologische zorg.

## Handreiking Audiologische Zorg

- A. Alle patiënten die zich met een zorgvraag wenden tot een AC moeten worden beschouwd als eigen patiënt van een bepaalde, op het AC praktijk houdende, klinisch fysicus audioloog.
- B. Deze klinisch fysicus audioloog is daarmee hoofdbehandelaar, hetgeen op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst kenbaar gemaakt moet worden aan de patiënt en vastgelegd moet worden in het dossier. De klinisch fysicus audioloog dient zich te houden aan diverse richtlijnen betreffende hoofdbehandelaarschap.
- C. Voor alle AC patiënten is de klinisch fysicus audioloog verantwoordelijk voor:
  - i. het stellen van de diagnose;
  - ii. de behandeling;
  - iii. de indicatiestelling en het afgeven van verklaringen voor vergoedingen van hoorhulpmiddelen;
  - iv. de juiste typering van het zorgproces;
  - v. de verwijzing;
  - vi. de rapportage;
  - vii. het afgeven van verklaringen aan derden betreffende zijn patiënten.
- D. Het hoofdbehandelaarschap verlangt tenminste één face-to-face contact tussen patiënt en klinisch fysicus audioloog per zorgvraag.
- E. Tot aan de vaststelling van de leidraad audiologische zorg wordt geadviseerd lokaal protocollen op te stellen waarin tenminste beschreven wordt hoe invulling gegeven wordt aan het polikliniek bezoek en de verantwoordelijkheidsverdeling in de audiologische zorg.
- F. De lokale protocollen zijn ondergeschikt aan de landelijke door de NVKF of in afstemming met de NVKF vastgestelde richtlijnen, normen en standaarden waaronder multidisciplinaire richtlijnen, normen en standaarden van de FENAC.
- G. De instelling is verantwoordelijk voor het declareren van een zorgproduct. Binnen de instelling dient een protocol te worden opgemaakt, waarin deze verantwoordelijkheid wordt omschreven en ook het feit dat de verantwoordelijkheid van de klinisch fysicus audioloog in deze niet verder strekt dan:
  - i. het vaststellen en vastleggen of er bij een behandeling aan de medische indicatie is voldaan en
  - ii. de juiste registratie van zorgtype, zorgvraag en diagnose en
  - iii. de juiste registratie van de ICD-10 code.

## Disclaimer

Deze informatie is bedoeld om een klinisch fysicus audioloog in algemene en globale lijnen inzicht te geven in de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit in relatie tot zijn verrichtingen en verantwoordelijkheden.

De informatie is algemeen en niet toegesneden op de specifieke omstandigheden van een zorginstelling of praktijk. De inhoud bevat geen advies over de keuze voor een zorgtype, de registratie daarvan dan wel kostenberekeningen of declaraties.

De informatie is met zorgvuldigheid vastgesteld. Niettemin is de informatie algemeen en kan niet worden geanticipeerd op de uitleg die de Nederlandse Zorgautoriteit uiteindelijk aan begrippen en de praktijk gaat geven.

De NVKF ("de vereniging") sluit iedere aansprakelijkheid, van de vereniging en/of een persoon die tot haar organisatie, organen of commissies behoort, waaronder expliciet begrepen de werkgroep audiologie en haar leden, voor directe of indirecte schade in verband met het opstellen of publiceren van deze tekst, dan wel onderdelen daarvan, volledig uit.

De informatie is vastgesteld op basis van de inzichten op 16 april 2015.

Niet altijd kan de vereniging op basis van veranderde inzichten of nieuwe regelgeving de informatie aanpassen. Hiervoor is onderzoek en een zorgvuldige procedure nodig.

De vereniging zal, indien dit mogelijk is, wijzigingen en aanvullingen zonder openbare kennisgeving doorvoeren. Suggesties voor verbetering ontvangen wij graag en zo spoedig mogelijk.

Voor zover mogelijk en vereist is aan de auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Niettemin verzoeken wij een melding te doen aan de vereniging indien u meent aanspraken te kunnen ontlenen aan teksten en of afbeeldingen in deze informatie.

© Copyright 2015 Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica.

De auteursrechten en overige intellectuele eigendomsrechten, waaronder het databankrecht, van deze publicatie(s), eventueel in combinatie met documentatie waarnaar verwezen wordt of basis waarvan de informatie is gebruikt, behoren de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica toe.

De tekst uit deze publicatie mag niet worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, tenzij hiervoor voorafgaand schriftelijke toestemming van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica is verkregen. Het vorenstaande geldt evenzo voor onderdelen uit deze tekst. U kunt uw verzoeken indienen bij/ via de NVKF.

Utrecht, 16 april 2015

## Bijlage 1 - Samenvatting relevante wetten en regelgeving

1. Op grond van artikel 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg legt de Nederlandse Zorgautoriteit in **Nadere Regeling NR/CU-260** regels vast die audiologische centra met ingang van 1 januari 2015 in acht moeten houden bij het leveren van prestaties en tarieven van audiologische zorg. De regeling wordt aangehaald als '**Regeling medisch specialistische zorg**'.
2. In NR/CU-260 worden in artikel 6 onder andere de volgende begrippen gedefinieerd:
  - a. De **AGB-code** is een unieke code die aan de zorgverlener-, praktijk- en/of instellingsgegevens wordt toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of instelling worden geïdentificeerd.
  - b. Een **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)** is een declarabele prestatie, dat het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.
  - c. Een patiënt is een **eigen patiënt** van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen<sup>1</sup> van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.
  - d. **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.
  - e. De **hoofddiagnose ICD-10** is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.
  - f. De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). De **ICD-10** is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses waarmee de zorgaanbieder alle ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig kan registreren.
  - g. **Medisch specialistische zorg, met inbegrip van audiologische zorg**, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en generalistische basis GGZ.
  - h. **Poortfunctie**: 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, anesthesist als pijnbestrijder en klinisch geneticus. Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: **klinisch fysicus audioloog (1900)**, specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant. [...] **De**

---

<sup>1</sup> Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

**hoofdbehandelaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.**

- i. Een **zorgtraject** typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorginstelling consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele **subtrajecten**.
3. In NR/CU-260 worden in artikel 7 onder andere de volgende registratie bepalingen genoemd:
- a. De registratie van het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt.
  - b. Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme<sup>2</sup> een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling<sup>3</sup>.
  - c. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is hij/zij ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.
  - d. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt hij/zij zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien niet beschikbaar, voor dat type van zorg.
  - e. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD-10 code. De ICD-10 code wordt geregistreerd per subtraject, bij subtrajecten geopend vanaf 1 januari 2015. De ICD-10 code moet op het diepste niveau worden geregistreerd. Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD-10 code worden geregistreerd. De hoofddiagnose is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.
4. In NR/CU-260 wordt in artikel 8 onder andere de volgende regel voor het openen van een zorgtraject genoemd:
- a. Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek<sup>4</sup> niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.

---

<sup>2</sup> Hiermee worden alle poortspecialismen bedoeld en de volgende beroepsbeoefenaren als deze de poortfunctie uitvoeren: interventie-radioloog, anesthesist als pijnbestrijder, klinisch geneticus, klinisch fysicus audioloog en de specialist ouderengeneeskunde.

<sup>3</sup> Op de voorwaarde diagnosestelling én behandeling geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander specialisme, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide specialismen een zorgtraject openen.

<sup>4</sup> Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek 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. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen



- b. Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject<sup>5</sup> (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:
- i. Het subtraject van het parallelle zorgtraject<sup>6</sup> dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:
    - minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen, en/of
    - minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse<sup>7</sup> 1, 2 of 3.\*
  - ii. \* In uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:
    - minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190781)<sup>8</sup>.
  - iii. De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komt niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1 bij NR/CU-260).

5. In **NR/CU-260** worden in artikel 13 algemene declaratiebepalingen gemeld.

6. In **NR/CU-260** worden in artikel 17 onder andere de volgende verplichtingen tot informatie bij declaratie genoemd:

- a. **Type verwijzer:** op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
  5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
  6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
  7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolg traject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
- b. **AGB-code verwijzer:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 6.a.6. dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/ praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
- c. **AGB-code verwijzer:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 6.a.5. en 6.a.7. dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.

<sup>5</sup> Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

<sup>6</sup> Parallelle subtrajecten waarvoor de extra profieleisen gelden zijn subtrajecten die niet binnen het eerst geopende zorgtraject vallen. Hierbij is dus niet de openingsdatum van het subtraject bepalend, maar de openingsdatum van het zorgtraject.

<sup>7</sup> Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult, zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging/langdurige observatie en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

<sup>8</sup> Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten.

- d. **AGB-code verwijzend specialisme:** Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 6.a.5, 6.a.6. of 6.a.7. dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het verwijzend specialisme vermeld te worden.
7. In beleidsregel **BR/CU-2136** stelt de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van artikel 57, eerste lid, sub b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Op grond van artikel 53, sub b juncto artikel 52, sub e van de Wet marktordening gezondheidszorg stelt de Nederlandse Zorgautoriteit de tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve vast. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als '**beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg**'. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2015.
8. In artikel 4 wordt de reikwijdte bepaald, **BR/CU-2136**:
- is van toepassing op onder andere audiologische zorg;
  - is ook van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden. Voor de toepassing van het beleid maken wij onderscheid naar categorieën van specialismen zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register geldt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving voor het desbetreffende specialisme door de Nederlandse Zorgautoriteit.
  - is ook van toepassing op handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg of werkzaamheden in het kader van de beroepsuitoefening geleverd door of onder verantwoordelijkheid van zorgaanbieders die medisch specialistische zorg leveren voor zover deze handelingen en werkzaamheden niet zijn begrepen onder het hierboven genoemde.
9. In **BR/CU-2136** artikel 10 volgt nadere uitwerking van het DBC-zorgproduct en wordt genoemd:
- De component **diagnose** wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met de diagnose die de geleverde zorg over de periode van het subtraject het beste typeert. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.
10. In **BR/CU-2136** artikel 11 wordt gesteld dat om te komen tot een declarabel DBC-zorgproduct, naast een subtraject dat voldoet aan de afleidingsvoorwaarden, ook de **zorgactiviteiten** van belang zijn. Voor de volgende zorgactiviteiten gelden specifieke omschrijvingen en/of aanvullende voorwaarden:
- Bij een 'eerste polikliniekbezoek' en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' moet sprake zijn van:
    - face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant en;
    - 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

- iii. Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.
- b. **Eerste polikliniekbezoek:** Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat eenmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.
- c. **Herhaal-polikliniekbezoek:** Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.
- d. De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:
- medische keuring;
  - intercollegiaal consult;
  - medebehandeling van een klinische patiënt;
  - overname van een klinische patiënt;
  - intake gesprek voor een (klinische) opname;
  - enkel uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;
  - consult of spreekuur met een groep patiënten;
  - diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);
  - telefonisch consult.
- e. Een zorgactiviteit 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij volwassenen' en 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij kinderen' mag uitsluitend door één zorgaanbieder worden geregistreerd op de dag van implantatie.
- f. Een zorgactiviteit 'cochleaire implantaten nazorg volwassenen' en 'cochleaire implantaten nazorg kinderen' mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal per 120 dagen worden geregistreerd op de dag van een polikliniekbezoek of een consult door de audioloog.
- g. Multidisciplinair overleg: Een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie medisch specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit kan door iedere betrokken specialist worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking.
- h. Multidisciplinair consult: een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee poortspecialisten (specialist of arts-assistent) van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken specialist worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de

hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct.

- i. Klinisch intercollegiaal consult (ICC): een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.
  - j. Medebehandeling: er is sprake van medebehandeling wanneer een poortspecialist een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (arts of arts-assistent) in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.
  - k. Analyse behandeladvies en / of behandeling elders opgesteld en / of uitgevoerd, in het kader van een second opinion: een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van een beoordeling van een door een medisch specialist gestelde diagnose / voorgestelde behandeling door een tweede onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme / vakgebied als de eerste geconsulteerde medisch specialist in een andere instelling. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.
11. Verder zijn uiteraard van toepassing de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.