

Regeling Tarifiering onderlinge dienstverlening

Regeling CI/NR-100.074, Tarifiering onderlinge dienstverlening

Gelet op artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de volgende regeling vast.

Artikel 1. Algemeen

a. Deze regeling is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en wordt geleverd door:

- instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria, epilepsie-inrichtingen en abortusklinieken),
- instelling – niet zijnde een ziekenhuis
- voor medisch specialistische zorg,
- audiologische centra,
- centra voor erfelijkheidsonderzoek en

zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden te onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het desbetreffende specialisme.

Artikel 2. Verplichtingen

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 1 januari 2008.

Indien deze regeling, waaruit de verplichtingen voortvloeien, eerder in de Staatscourant wordt geplaatst, treden de verplichtingen in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst. Met de inwerkingtreding van regeling CI/NR-100.074 komt Beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening met nummer CI-969 te vervallen.

Artikel 3. Definities en begrippen

3.1 Eigen patiënt

Onder het begrip 'eigen patiënt' wordt verstaan de patiënt die zich voor het verlenen van medische hulp heeft gewend tot de instelling voor gezondheidszorg of tot de aan deze instelling

verbonden medisch specialist, voor zover deze medisch specialist voor het verlenen van die medische hulp aan deze patiënten op dat moment in deze instelling zijn praktijk uitoefent.

Bij de toepassing van dit begrip in het kader van deze regeling geldt: 'het eigen patiënt zijn van een instelling voor gezondheidszorg' wordt eerst beëindigd wanneer er sprake is van een overdracht van de medische hulpverlening aan deze patiënten naar een andere instelling voor gezondheidszorg respectievelijk een andere medisch specialist, die voor wat betreft het verlenen van die medische hulp aan deze patiënten in de andere instelling zijn praktijk uitoefent.

Onder 'eigen patiënt' wordt tevens verstaan:

De patiënt ten behoeve van wie het verlenen van een (deel)prestatie of geheel van prestaties geschiedt in opdracht van een huisarts of een andere beoefenaar van een (para)-medisch beroep in de eerstelijns.

Tevens wordt als eigen patiënt beschouwd:

De patiënt die zich heeft gewend tot de instelling voor gezondheidszorg voor prestaties waarvoor op grond van artikel 2 WBMV een vergunning vereist is voor het verlenen van de desbetreffende prestatie, en voor prestaties waarvoor de instelling op grond van artikel 8 WBMV is aangewezen.

3.2 Onderlinge dienstverlening

Wanneer geen sprake is van een 'eigen patiënt' volgens bovenstaande definitie, is sprake van een (gezondheidszorg) prestatie op verzoek van een andere instelling. De levering van dergelijke (gezondheidszorg) prestaties wordt aangemerkt als onderlinge dienstverlening.

Artikel 4. Declaratiebepalingen

4.1 Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, dient de instelling die de prestatie levert, de kosten en het honorarium uitsluitend in rekening te brengen aan de instelling die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd.

4.2 Voor de in rekening te brengen bedragen/tarieven zij verwezen naar onderdeel 5 en 6 van deze regeling.

Artikel 5. In rekening te brengen kosten

Voor de kosten die in rekening mogen worden gebracht geldt een vrij tarief.

Artikel 6. In rekening te brengen honoraria medisch specialistische hulp

6.1 Voor de declaratie van de medisch specialistische hulp gelden de voor het desbetreffende specialisme geldende bandbreedtetarieven. Dit is zowel van toepassing indien de specialisten in loondienst van de instelling zijn als wanneer sprake is van vrijgevestigde tot de instelling toegelaten medisch specialisten.

6.2 Met betrekking tot het gestelde onder paragraaf 6.1 tgelddt voor de hoogte van de te declareren tarieven het volgende.

Voor prestaties die geleverd worden door een poortspecialist geldt dat de uitvoerende instelling het honorariumdeel van het poortspecialisme van de betreffende DBC (segment A of B) als bandbreedtetarief in rekening kan brengen. Om dit te kunnen bepalen stuurt de aanvragend specialist de voorlopige diagnose- en behandelcode mee met de aanvraag voor een prestatie.

In geval de prestatie door de poortspecialist een overig product (OVP) betreft, kan het bedrag per OVP volgens de vigerende beleidsregelbedragen voor overige en ondersteunende producten als bandbreedtetarief in rekening worden gebracht bij de aanvragende instelling. Voor prestaties (ondersteunende producten, OP's) die geleverd worden door de ondersteunende specialist geldt dat de uitvoerende instelling per geleverd OP het honorariumbedrag als bandbreedtetarief in rekening kan brengen volgens de vigerende beleidsregelbedragen voor overige en ondersteunende producten.

Artikel 7. Inwerkingtreding regeling

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling Tarifiering onderlinge dienstverlening'.

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

de Raad van Bestuur van de

Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. A.L.M. Barendregt,

portefeuillehouder.

mr. F.H.G. de Grave, voorzitter.