



Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg 2017

Nummer: TB/REG-17620-02

Datum beschikking: 1 januari 2017

Datum inwerkingtreding: 15 november 2016

Geldig tot: 1 januari 2018

Behandeld door: Directie Regulering

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

de artikelen 35, 50, eerste lid, onderdelen a en c, 52, aanhef en onder e, 53, aanhef en onder b, van de Wmg,

alsmede de beleidsregel:

- 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg', kenmerk BR/REG-17156;

en de nadere regel:

- 'Regeling medisch-specialistische zorg', kenmerk NR/REG-1732;

besloten:

dat rechtsgeldig

door zorgaanbieders van:

1. medisch specialistische zorg;
2. audiologische zorg;
3. trombosezorg;
4. zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering;
5. geriatrie revalidatiezorg;
6. mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden;

aan:

- zorgverzekeraars, en
- (niet-)verzekerden¹,

de volgende prestaties:

- 'Dbc-zorgproducten' zoals opgenomen in bijlage 1 bij de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg',
- 'Overige zorgproducten' zoals opgenomen in bijlage 4 bij de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg',
- Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die bij beschikking als zodanig zijn vastgesteld en zijn opgenomen in de G-standaard.

en de volgende tarieven:

- de kostenbedragen zoals genoemd in de 'Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per 1 januari 2017';
- de tarieven behorende bij add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zoals genoemd in de G-standaard.

in rekening mogen worden gebracht.

¹ Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die:

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens een door Nederland ondertekend bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-, respectievelijk Wlz-verzekerde.

Overig

De in deze beschikking genoemde bijlagen en de tarieventabel zijn te raadplegen en te downloaden via de website van de NZa.

Voor de bijlagen zie: www.nza.nl → zoekterm BR/REG-17156 of NR/REG-1732 → bijlage.

Voor de tarieventabel zie: www.nza.nl → Beleid en regels → Tarieven en prestaties → selecteer: ziekenhuiscare → Dbc-tarieven en prestaties → Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per 1 januari 2017.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen

Ten aanzien van het hierboven gestelde geldt/gelden de navolgende voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen:

1. De tarieven die op grond van deze beschikking in rekening mogen worden gebracht, zijn integrale tarieven als bedoeld in artikel 3 sub t van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg'.
2. De zorgaanbieders, hierboven genoemd onder de nummers 1 tot en met 6, mogen de in deze beschikking genoemde (integrale) tarieven slechts in rekening brengen, indien en voor zover zij voldoen aan de definitie van 'zorgverlener'² als bedoeld in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg'.
3. Indien een zorgverlener, als bedoeld in voorschrift 2, een instelling³ is, dan mag die instelling de in deze beschikking genoemde (integrale) tarieven slechts in rekening brengen, indien en voor zover hij over een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) beschikt.
4. Indien een zorgverlener, als bedoeld in voorschrift 2, een solist⁴ is, dan mag die solist de in deze beschikking genoemde (integrale) tarieven slechts in rekening brengen, indien en voor zover hij in het bezit is van een door de NZa afgegeven individuele beschikking als bedoeld in artikel 16 lid 2 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', respectievelijk artikel 31 lid 3 van de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg'.
5. In aanvulling op de voorschriften 2, 3 en 4 geldt dat de in die voorschriften bedoelde zorgverleners tevens 'eigen zorgverleners' als bedoeld in artikel 3 onderdeel m van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg', dienen te zijn om de in deze beschikking genoemde (integrale) tarieven rechtsgeldig in rekening te kunnen brengen.
6. De (integrale) tarieven die op grond van deze beschikking in rekening worden gebracht, zijn maximumtarieven, als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, voor zover betrekking hebbend op geleverde zorgprestaties in het gereguleerde segment (A-segment), en zijn vrije tarieven, als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg, voor zover betrekking hebbend op geleverde zorgprestaties in het vrije segment (B-segment).
7. De maximumtarieven die op grond van deze beschikking voor prestaties in het gereguleerde segment in rekening mogen worden gebracht (met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, oorzakingsfactoren, en een beperkte set prestaties die op grond van de tarieven in de eerste lijn van een tarief worden voorzien⁵), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt. Een max-max tarief kan alleen in rekening worden gebracht aan:
 - de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of;
 - de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.Een tarief dat niet hoger is dan de maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking kan aan een ieder in rekening worden gebracht.
8. Deze tariefbeschikking is niet van toepassing op zorgprestaties die in het kader van onderlinge dienstverlening als bedoeld in artikel 3 onderdeel y van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg', door de ene zorgaanbieder aan de andere zorgaanbieder in rekening worden gebracht.

² Zorgverlener: instelling of solist (zie artikel 3 onderdeel rr van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg').

³ Instelling: instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder nummer 1 (instellingen voor medisch specialistische zorg), 2 (audiologische centra), 3 (trombosedienssen), 13 (instellingen voor erfelijkheidsadviesing) en 18 (instellingen voor verpleging, voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren) van het Uitvoeringsbesluit WTZi (zie artikel 3 onderdeel s van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg').

⁴ Solist: solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch specialistische zorg verleent (zie artikel 3 onderdeel ee van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg').

⁵ De declaratiecodes waarvoor met ingang van 1 januari 2016 een max-max tarief van toepassing is, worden in de RZ16a Tarieventabel weergegeven door Soort Tarief = 6 (kolom 12). Deze kolom, die sinds de invoering van DOT per 1 januari 2012 geen functie meer had, is optioneel. Voor declaratiecodes waarvoor geen max-max tarief geldt zal deze kolom leeg blijven.

9. Op tarieven die betrekking hebben op dbc-zorgproducten en/of overige zorgproducten, die vóór 1 januari 2017 zijn geopend, maar na 1 januari 2017 in rekening worden gebracht (de zgn. overloop dbc's 2016-2017), is de tariefbeschikking van 18 november 2015, kenmerk TB/CU-2066-01, inclusief de daarin opgenomen voorwaarden, voorschriften en beperkingen, van toepassing. Ook op honorariumbedragen die betrekking hebben op dbc-zorgproducten en/of overige zorgproducten die vóór 1 januari 2017 zijn geopend, maar na 1 januari 2017 door (collectieven of rechtsopvolgers van collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten AAN of VIA een instelling voor medisch specialistische zorg in rekening worden gebracht, is de tariefbeschikking van 18 november 2015, kenmerk TB/CU-2066-01, inclusief de daarin opgenomen voorwaarden, voorschriften en beperkingen, van toepassing.
10. Dbc-Zorgproducten voor gespecialiseerde brandwondenzorg (dbc-Zorgproductcodes 979004001 t/m 979004017) mogen uitsluitend in rekening worden gebracht door instellingen die een beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de Wmg voor brandwondenzorg hebben ontvangen voor het beschikbaar hebben van deze specifieke vorm van zorg. De klinische dbc-zorgproducten voor gespecialiseerde brandwondenzorg (dbc-Zorgproductcodes 979004005, 979004006, 979004009 t/m 979004013 en 979004017) mogen niet in combinatie met andere dbc-zorgproducten of overige zorgproducten in rekening worden gebracht. Voor ambulante dbc-zorgproducten voor gespecialiseerde brandwondenzorg geldt deze restrictie niet (deze mogen dus wel in combinatie met andere dbc-zorgproducten of overige zorgproducten in rekening worden gebracht).
11. Dbc-zorgproducten voor complex chronisch longfalen (dbc-zorgproductcodes 990022034 t/m 9900220785) mogen uitsluitend in rekening worden gebracht door derdelijns longcentra (categorale instellingen voor long-/astmazorg) die in 2012 werden gebudgetteerd.
12. De toeslag obstetrische high care (190219) kan uitsluitend in rekening worden gebracht nadat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de NZa een aanwijzing heeft afgegeven om deze prestatie met een maximumtarief vast te stellen. Zonder aanwijzing van de Minister van VWS kan deze prestatie niet in rekening worden gebracht.
13. De declaratiebepalingen (voorschriften, voorwaarden of beperkingen) opgenomen in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', respectievelijk de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg', zijn – voor zover niet in deze beschikking genoemd – onverkort van toepassing op zorgaanbieders die op grond van deze beschikking prestaties en -tarieven in rekening wensen te brengen.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking op 1 januari 2017.

Met inachtneming van artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wmg, zal deze tariefbeschikking in de Staatscourant worden gepubliceerd.

Bezwaar en beroep

Ingevolge artikel 8:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), juncto artikel 7:1, eerste lid, van de Awb kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, unit Juridische Zaken, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar kan per post, per fax of, indien in uw geval van toepassing, via het webportaal Toegang (<https://toegang.nza.nl>) ingediend worden (dus niet via e-mail). In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift. Het bezwaar moet volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

Hoogachtend,

*Nederlandse Zorgautoriteit,
C.A.H. ten Damme
unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg*

TOELICHTING

In deze beschikking is aangegeven welke zorgaanbieders met ingang van 1 januari 2017 gerechtigd zijn de Wmg-prestaties en -tarieven, zoals genoemd in deze beschikking, in rekening te brengen. Daarmee is de reikwijdte van deze beschikking afgebakend. In lijn met de systematiek van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is die reikwijdte functioneel omschreven, d.w.z. niet de aanbieder, maar het type zorg dat de aanbieder levert, is hierbij leidend.

Echter, met de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 is het declaratierecht van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten voorbehouden aan twee soorten zorgaanbieders, te weten: instellingen en solisten. In de regelgeving van de NZa worden instellingen en solisten samengevoegd onder de noemer, c.q. het verzamelbegrip, 'zorgverlener'.

In de NZa-regelgeving zijn bovengenoemde begrippen als volgt gedefiniëerd:

zorgaanbieder: natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.

zorgverlener: instelling of solist.

instelling: instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder 1 (instellingen voor medisch specialistische zorg), 2 (audiologische centra), 3 (trombosediensten), 13 (instellingen voor erfelijkheidsadviesing) en 18 (instellingen voor verpleging, voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren) van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

solist: solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch specialistische zorg verleent.

Instellingen en het declaratierecht

Als we kijken naar de zes categorieën zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze beschikking vallen, dan kunnen we vaststellen dat van die zes uitsluitend de eerste vier onder de definitie van het begrip 'instelling' vallen zoals gehanteerd in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', te weten: instellingen voor medisch-specialistische zorg, audiologische centra, trombose-diensten en instellingen voor erfelijkheidsadviesing.

Voor de resterende twee categorieën (aanbieders van geriatrische revalidatiezorg en aanbieders van mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden), geldt echter dat ook zij (kunnen) kwalificeren als instelling in de zin van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

In de aanwijzing 'Integrale tarifiering medisch specialistische zorg' d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, heeft de Minister van VWS het standpunt ingenomen dat instellingen die kaakchirurgie leveren, vallen onder artikel 1.2, aanhef en onder nummer 1, van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

Oftewel, een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de WTZi, dat kaakchirurgie levert, respectievelijk mondzorg levert zoals kaakchirurgen die bieden, wordt in het kader van het declaratierecht van integrale tarieven beschouwd als instelling voor medisch specialistische zorg.

Solisten en het declaratierecht

Ook zorgaanbieders die voldoen aan de definitie van 'solist' zoals opgenomen in artikel 3 onderdeel 3 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg' zijn gerechtigd om de integrale tarieven en bijbehorende prestaties van deze beschikking in rekening te brengen. Niet alleen een medisch specialist, maar ook een kaakchirurg kan een solist zijn in de zin van bovengenoemde regelgeving. Eén van de voorwaarden die voor solisten gelden, willen zij rechtsgeldig het integrale tarief kunnen declareren, is dat zij beschikken over een individuele beschikking van de NZa op grond waarvan zij gerechtigd zijn op basis van de voorliggende tariefbeschikking (Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg 2017) integrale tarieven in rekening te brengen. Solisten kunnen vanaf 1 augustus 2014 een aanvraag bij de NZa indienen ter verkrijging van de hierboven genoemde individuele beschikking. De NZa heeft hiervoor een afzonderlijk aanvraagformulier ontwikkeld dat via de website van de NZa kan worden gedownload. Voor meer informatie over solisten in relatie tot het declaratierecht van integrale tarieven wordt verwezen naar de volgende documenten:

- aanwijzing 'Integrale tarifiering medisch specialistische zorg' d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, van de Minister van VWS;
- circulaire 'Regelgeving invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg' d.d. 17 juli 2014, kenmerk CI-14-28c;
- circulaire 'Vaststelling prestaties, tarieven en regelgeving MSZ 2015', d.d. 21 juli 2014, kenmerk CI-14-27c.
- artikel 16 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg';
- artikelen 31 en 39 van de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg'.



Status add-on prestatie en ozp-prestatie in de G-standaard

Met ingang van 1 januari 2017 kunnen zorgaanbieders in de G-standaard van de Z-Index zien voor welke geneesmiddelen een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld en welke NZa maximumtarieven voor die geneesmiddelen gelden. De NZa stelt hiervoor geen zorgactiviteit (za) codes meer vast, aangezien al deze geneesmiddelen in de G-standaard een ZI-nummer hebben. De NZa zal de tariefbeslikkingen (besluiten) blijven publiceren in de Staatscourant en op de NZa website, maar zal niet meer een aparte prestatie- en tarieventabel publiceren voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Meer informatie over het geneesmiddelenbeleid 2017 is te vinden in Circulaire Cl/16/28c, 'Regelgeving 2017 add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren'.

Hoogachtend,

*Nederlandse Zorgautoriteit,
C.A.H. ten Damme
unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg*