



## Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg 2018

*Nummer: TB/REG-18605-01*  
*Datum inwerkingtreding: 1 januari 2018*  
*Datum vaststelling: 25 april 2017*  
*Datum verzending: 25 april 2017*  
*Geldig tot: 1 januari 2019*  
*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, c en d, 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-18108;

*en de nadere regel:*

- Regeling medisch-specialistische zorg, kenmerk NR/REG-1805;

*besloten:*

dat rechtsgeldig

*door zorgaanbieders van:*

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

*aan:*

- zorgverzekeraars, en
- (niet-)verzekerden<sup>1</sup>,

*de volgende prestaties:*

- 'Dbc-zorgproducten' zoals opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling medisch-specialistische zorg,
- 'Overige zorgproducten' zoals opgenomen in bijlage 4 bij de '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 2018';
- de tarieven behorende bij add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zoals genoemd in de G-standaard.

in rekening mogen worden gebracht.

<sup>1</sup> 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](http://www.nza.nl) → zoekterm BR/REG-18108 of NR/REG-1805 → bijlage.

Voor de tarieventabel zie: [www.nza.nl](http://www.nza.nl) → Beleid en regels → Tarieven en prestaties → selecteer: ziekenhuiszorg → Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per 1 januari 2018.

## 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 1 onderdeel t van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de 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'<sup>2</sup> als bedoeld in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg.
3. Indien een zorgverlener, als bedoeld in voorschrift 2, een instelling<sup>3</sup> 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 solist<sup>4</sup> 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 15, lid 2, van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, respectievelijk artikel 31, lid 3, van de 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 1, onderdeel m, van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de 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, ozp-stollingsfactoren, en een beperkte set prestaties die op grond van de tarieven in de eerste lijn, in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en in de forensische zorg van een tarief worden voorzien), 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.
8. Deze tariefbeschikking is niet van toepassing op zorgprestaties die in het kader van onderlinge dienstverlening als bedoeld in artikel 1, onderdeel y, van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg, door de ene zorgaanbieder aan de andere zorgaanbieder in rekening worden gebracht.
9. Op tarieven die betrekking hebben op dbc-zorgproducten en/of overige zorgproducten, die vóór 1 januari 2018 zijn geopend, maar na 1 januari 2018 in rekening worden gebracht (de zgn. overloop dbc's 2017-2018), is de tariefbeschikking van 15 november 2016, kenmerk TB/REG-17620-02, inclusief de daarin opgenomen voorwaarden, voorschriften en beperkingen, van toepassing.

<sup>2</sup> Zorgverlener: instelling of solist (zie artikel 1 onderdeel rr van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg).

<sup>3</sup> Instelling: instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder nummer 1 (instellingen voor medisch specialistische zorg), 2 (audiologische centra), 3 (trombosediensdiensten), 13 (instellingen voor erfelijkheids-advisering) en 18 (instellingen voor verpleging, voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren) van het Uitvoeringsbesluit WTZi (zie artikel 1 onderdeel s van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg).

<sup>4</sup> 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 1 onderdeel ee van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de Regeling medisch-specialistische zorg).



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 declaratiebepalingen (voorschriften, voorwaarden of beperkingen) opgenomen in de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, respectievelijk de 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.
13. Zorgactiviteit 080086 (radioembolisatie) mag uitsluitend als onderdeel van een dbc zorgproduct geregistreerd en gedeclareerd worden, indien de radioembolisatie met Yttrium-90 plaatsvindt. De aanpassing van de omschrijving van zorgactiviteit 080086 in de RZ18a regelgeving ten opzichte van de RZ17b regelgeving heeft materieel gezien geen gevolgen.

### **Inwerkingtreding**

Deze beschikking treedt in werking op 1 januari 2018.

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  
M. de Groot,  
waarnemend unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg*



## TOELICHTING

In deze beschikking is aangegeven welke zorgaanbieders met ingang van 1 januari 2018 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 gedefinieerd:

*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 en de Regeling medisch-specialistische zorg, te weten: instellingen voor medisch-specialistische zorg, audiologische centra, trombosediensten 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 1 onderdeel ee van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de 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 2018) 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 15 van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg’;
  - artikelen 31 en 39 van de Regeling medisch-specialistische zorg.

### **Vervroegen release cyclus en (juridische) reikwijdte RZ18b**

In het plan van aanpak ‘middellange termijn doorontwikkeling dbc’s medisch-specialistische zorg’ heeft de NZa geadviseerd om de beleidscyclus te vervroegen, waarna de Minister heeft besloten tot een vervroeging van de vaststelling van het dbc-pakket medisch-specialistische zorg naar uiterlijk 1 mei t-1. Hiermee is beoogd de contractering te faciliteren en hebben veldpartijen meer ruimte om voorbereidingen te treffen om het beleid te implementeren. Het dbc-pakket medisch-specialistische zorg 2018 (RZ18a) is derhalve door de NZa op 18 april 2017 vastgesteld. De NZa is voornemens medio september 2017 de RZ18b te publiceren. Hoewel in de RZ18b het integrale pakket opnieuw wordt vastgesteld, heeft de vaststelling materieel gezien uitsluitend betrekking op de wijzigingen van de prestaties en tarieven in de RZ18b ten opzichte van de RZ18a.