



Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg 2019

*Nummer: TB/REG-19621-01
Datum inwerkingtreding: 1 januari 2019
Datum vaststelling: 26 april 2018
Geldig tot: 1 januari 2020
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-19122;

en de nadere regel:

- Regeling medisch-specialistische zorg, kenmerk NR/REG-1907;

besloten:

dat rechtsgeldig

door zorgaanbieders van:

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

aan:

- zorgverzekeraars, en
- (niet-)verzekerden¹,

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 2019';
- de tarieven behorende bij add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zoals genoemd in de G-standaard.

in rekening mogen worden gebracht.

Overig

Voor een uitleg of definitie van de in deze beschikking gehanteerde begrippen wordt verwezen naar de

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.



begripsbepalingen in artikel 1 van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg met kenmerk BR/REG-19122 en artikel 1 van de Regeling medisch-specialistische zorg met kenmerk NR/REG-1907.

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-19122 of NR/REG-1907 → bijlage.

Voor de tarieventabel zie: www.nza.nl → Beleid en regels → Tarieven en prestaties → selecteer: ziekenhuiszorg → Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per 1 januari 2019.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen

Ten aanzien van het hierboven gestelde 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.
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'.
3. Indien een zorgverlener, een instelling 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 een solist 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' 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 z, 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 2019 zijn geopend, maar na 1 januari 2019 in rekening worden gebracht (de zgn. overloop dbc's 2018-2019), is de tariefbeschikking van 12 september 2017 met kenmerk TB/REG-18605-02, 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 990022085) mogen uitsluitend in rekening worden gebracht door derdelijns longcentra (categorale instellingen voor long-/astmazorg): Centrum voor Revalidatie UMCG locatie Beatrixoord te Haren,



CIRO Expertisecentrum voor Chronisch Orgaanfalen, Radboudumc Dekkerswald, Revant centrum complex chronisch longfalen te Breda, Merem Behandelcentra te Hilversum en stichting MC Astmacentrum.

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.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking op 1 januari 2019.

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

Bezwaar en beroep

Indien u het niet eens bent met dit besluit dan kunt u binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres: Nederlandse Zorgautoriteit

t.a.v. unit Juridische Zaken

Postbus 3017

3502 GA UTRECHT

(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)

Fax: 030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Hoogachtend,

Nederlandse Zorgautoriteit

M. Commandeur

unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg



TOELICHTING

In deze beschikking is aangegeven welke zorgaanbieders met ingang van 1 januari 2019 gerechtigd zijn de Wmg-prestaties en -tarieven, zoals genoemd in deze beschikking, in rekening te brengen. Daarmee is de reikwijdte van deze beschikking afgebakend. 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'.

Instellingen en het declaratierecht

Van de zes categorieën zorgaanbieders, die onder de reikwijdte van deze beschikking vallen, vallen uitsluitend de eerste vijf onder de definitie van het begrip 'instelling' van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en de Regling

medisch-specialistische zorg, te weten: instellingen voor

medisch-specialistische zorg, audiologische centra, trombosediensten, instellingen voor erfelijkheidsadviesing en instellingen voor verpleging, voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren.

Solisten en het declaratierecht

Ook zorgaanbieders die voldoen aan de definitie van 'solist' 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 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.

Hoogachtend,

*Nederlandse Zorgautoriteit
M. Commandeur
unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg*