

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
BR/CU-7062

In gevolge artikel 59, aanhef en onderdeel b, Wmg heeft de Minister van VWS met de brief van 12 juli 2012 (kenmerk MC-U-3122858) ten behoeve van voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven. De aanwijzing heeft als doel de NZa tarieven vast te laten stellen als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder c, Wmg.

Ingevolge artikel 52, aanhef en onderdeel e, Wmg, worden de tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien, ambtshalve door de NZa vastgesteld.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die geleverd wordt aan patiënten die verblijven of behandeld worden in instellingen die zijn toegelaten voor de functies behandeling en verblijf als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid inzake de wijze waarop de diverse prestatiebeschrijvingen en tarieven voor tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens AWBZ tot stand komen, voor zover die geleverd wordt aan patiënten die verblijven en behandeld worden in instellingen die zijn toegelaten voor de functies behandeling en verblijf als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

3. Begripsbepalingen

3.1 *Inkomensbestanddeel*

Het aandeel van het normatief bepaalde inkomen in het (maximum) uurtarief, dat aanbieders van tandheelkundige zorg aan patiënten die verblijven of behandeld worden in de AWBZ-instelling in rekening mogen brengen.

3.2 *Praktijkkostenbestanddeel*

Het aandeel van de normatief bepaalde praktijkkosten in het (maximum) uurtarief, dat aanbieders van tandheelkundige zorg aan patiënten die verblijven of behandeld worden in de AWBZ-instelling in rekening mogen brengen.

3.3 *Rekennorm*

Een normatief bepaald aantal (werkbare) uren per jaar waarin tandheelkundige hulp wordt verleend aan patiënten die verblijven of behandeld worden in de AWBZ-instelling.

3.4 Materiaal- en/of techniekkosten

De kosten van tandtechniek die noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht door de zorgaanbieder en de kosten van de materialen die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld.

Kenmerk
BR/CU-7062

Pagina
2 van 4

De materiaal- en/of techniekkosten dienen per gedeclareerde prestatie gespecificeerd te worden en mogen niet hoger zijn dan de door de zorgaanbieder betaalde en/of verschuldigde kosten voor inkoop. De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de patiënt of diens verzekeraar de nota van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium te overleggen.

Indien de zorgaanbieder de tandtechnische werkstukken zelf vervaardigt, is deze verplicht aan de patiënt of diens verzekeraar de techniekkosten te specificeren conform de lijst van de Nederlandse Zorgautoriteit met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

Voor nadere transparantie voorschriften ten aanzien van het specificeren en inzichtelijk maken van materiaal- en/of techniekkosten wordt verwezen naar de Regeling Mondzorg.

4. Prestatiebeschrijvingen

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

- tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de AWBZ-instelling door zorgaanbieder zonder eigen huispraktijk;
- tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de AWBZ-instelling door zorgaanbieder met een eigen huispraktijk;
- tandheelkundige hulp aan patiënten die verblijven in de AWBZ-instelling in de eigen huispraktijk van de zorgaanbieder;
- kostenvergoedingen (techniekkosten).

5. Onderdelen ter vaststelling van de tariefopbouw

5.1 Het inkomensbestanddeel van het tarief bedraagt € 108.537 (definitief niveau 2012).

5.2 Het praktijkkostenbestanddeel van het tarief bedraagt € 131.965 (definitief niveau 2012).

Het praktijkkostenbestanddeel is opgebouwd uit de volgende elementen:

- a. persoonsgebonden kosten € 3.688
- b. doorgaande praktijkkosten € 97.441
 - b1. personeelskosten € 34.985
 - b2. overige kosten € 62.456.
- c. overige praktijkkosten € 30.837

5.3 De rekennorm bedraagt 1.408 (werkbare) uren per jaar.

5.4 Jaarlijks vindt een aanpassing (indexering) van zowel het inkomens- als het praktijkkostenbestanddeel plaats. De wijze van indexeren is geregeld in de beleidsregel 'indexering'.

6. Totstandkoming maximumtarieven

Kenmerk
BR/CU-7062

Pagina
3 van 4

6.1 *Tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de AWBZ-instelling door zorgaanbieder zonder een eigen huispraktijk (U01)*

Het maximumuurtarief is de uitkomst van de optelling van het inkomensbestanddeel (zie artikel 5.1) en de persoonsgebonden kosten (zie artikel 5.2a) gedeeld door de rekennorm (zie artikel 5.3).

6.2 *Tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de AWBZ-instelling door zorgaanbieder met een eigen huispraktijk (U02)*

Het maximumuurtarief is de uitkomst van de optelling van het inkomensbestanddeel (zie artikel 5.1) en de doorgaande praktijkkosten (zie artikel 5.2b) gedeeld door de rekennorm (zie artikel 5.3).

6.3 *Tandheelkundige hulp aan patiënten die verblijven in de AWBZ-instelling in de eigen huispraktijk van de zorgaanbieder (U03)*

Het maximumuurtarief is de uitkomst van de optelling van het inkomensbestanddeel (zie artikel 5.1), de doorgaande praktijkkosten (zie artikel 5.2b) en de overige praktijkkosten (zie artikel 5.2c) gedeeld door de rekennorm (zie artikel 5.3).

6.4 De maximumtarieven berekend op basis van artikel 5.1 kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt.

6.5 Een tarief dat niet hoger is dan berekend op basis van artikel 6.1, 6.2 of 6.3 kan aan eenieder in rekening worden gebracht. Een tarief dat tot stand komt met toepassing van artikel 6.1 of 6.2 of 6.3 en 6.4 kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot tandheelkundige zorg is gesloten bij een ziektekostenverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen. Een tarief dat tot stand komt met toepassing van artikel 6.1 of 6.2 of 6.3 en 6.4 kan uitsluitend in rekening worden gebracht voor zover een ziektekostenverzekering met betrekking tot tandheelkundige zorg tussen de ziektekostenverzekeraar en verzekerde is overeengekomen die de betreffende prestatie omvat.

7. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de navolgende beleidsregel ingetrokken:

- de beleidsregel 'Experiment vrije prijsvorming mondzorg' met kenmerk BR/CU-7058.

8. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012 treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2013.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel tandheelkundige zorg AWBZ'.

Kenmerk
BR/CU-7062

Pagina
4 van 4

Toelichting

De NZa stelt ter beëindiging van het experiment vrije prijzen onderhavige beleidsregel vast. De beleidsregel is voor het grootste deel identiek aan die van vóór het experiment vrije prijzen.