

## BELEIDSREGEL CI-969

### Beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening

#### 1. Algemeen

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door instelling voor medisch specialistische zorg (niet zijnde sanatorium en abortusklinieken), alsmede door instellingen voor niet-klinische hemodialyse, alsmede door audiologische centra, alsmede huisartsenzorg alsmede door instellingen voor niet klinische revalidatie, alsmede door
- ziekenhuizen
  - academische ziekenhuizen
  - epilepsie-inrichtingen
  - radiotherapeutische centra,
  - instellingen voor revalidatie
  - Instelling, niet zijnde een ziekenhuis, voor medisch specialistische zorg

en

zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die plegen te 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.

- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2007 en werkt terug tot die datum indien de mededeling in de Staatscourant dat de beleidsregel bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ter inzage ligt na deze datum plaatsvindt.
- c. De beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening met nummer CI-908 eindigt op 31 december 2006.
- d. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening'.

#### 2. Definities

##### 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 beleidsregel 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.

**Kenmerk**  
CV-969

**Pagina**  
2 van 3

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.

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.

### **3. Declaratiebepalingen**

**3.1** 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.

**3.2** Voor de in rekening te brengen bedragen/tarieven zij verwezen naar onderdeel 4 en 5 van deze beleidsregel.

### **4. In rekening te brengen kosten**

Voor de kosten die in rekening mogen worden gebracht geldt een vrij tarief. Voor de wijze waarop de in rekening gebrachte kosten verantwoord dienen te worden, is de beleidsregel 'aanvullende inkomsten' van toepassing voorzover het gebudgetteerde instellingen betreft.

### **5. In rekening te brengen honoraria medisch specialistische hulp**

**5.1** Voor ziekenfonds- en WTZ verzekerden, voor niet-ziekenfonds- en niet-WTZ verzekerden, voor niet-verzekerden.

Voor de declaratie van de medisch specialistische hulp gelden de voor het desbetreffende specialisme geldende maximumtarieven conform de vigerende tarieflijst. 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.

**5.2** De opbrengsten van de declaraties voor de onder 5.1 bedoelde prestaties door de vrijgevestigde medisch specialist dienen, in geval er sprake is van een lokaal initiatief en de uitvoerend medisch specialist daarin participeert, ter dekking van de lumpsum. Dit geldt ongeacht of de bedoelde prestatie toegeschreven kan worden aan een DBC in segment A of in segment B.

**5.3** Indien sprake is van loondienst van de bij de onder 5.1 bedoelde prestaties betrokken medisch specialisten dienen de opbrengsten van de declaraties voor medisch specialistische hulp ter dekking van de aanvaardbare kosten van de instelling, voorzover voor de desbetreffende organen voor gezondheidszorg een beleidsregel 'aanvaardbare kosten' van toepassing is. Dit geldt ongeacht of de bedoelde prestatie toegeschreven kan worden aan een DBC in segment A of in segment B.

**5.4** Met betrekking tot het gestelde onder paragraaf 5.1 tot en met 5.3 zijn tevens de beleidsregels "aanvaardbare kosten" en "verrekening externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp" van toepassing.

**5.5** Met betrekking tot het gestelde onder paragraaf 5.1 tot en met 5.4 geldt 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) volgens de lijst met DBC-bedragen als maximumtarief 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 maximumtarief 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 maximumtarief in rekening kan brengen volgens de vigerende beleidsregelbedragen voor overige en ondersteunende producten.