

BIJZONDERE TANDHEELKUNDE INSTELLINGEN

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-7096

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 bijzondere tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door instellingen voor bijzondere tandheelkunde.

2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid inzake de wijze waarop de diverse tarieven en prestatiebeschrijvingen voor bijzondere tandheelkundige zorg, zoals instellingen voor bijzondere tandheelkunde die voor hun diensten in rekening mogen brengen, tot stand komen.

3. Begripsbepalingen

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde kenmerkt zich door een samenwerkingsverband van mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek. De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de eigen praktijk. De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multi-disciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en/of in de problemen van lichamelijke en/of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Verwijzing naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde ligt in de rede indien de moeilijkheidsgraad van een behandeling ofwel de omstandigheden waaronder de behandeling plaatsvindt zodanig is dat deze redelijkerwijs niet in iedere huispraktijk kan worden verleend of indien een multidisciplinaire behandeling noodzakelijk wordt geacht. De bedoelde hulp kan alleen worden verstrekt als dit vooraf schriftelijk met zorgverzekeraar is afgestemd.

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde moet voldoen aan de vereisten zoals hieronder geconcretiseerd:

- de instelling moet zodanig zijn gepositioneerd in het aanbod van zorgvoorzieningen dat zij beschikt over de mogelijkheden tot multidisciplinaire consultatie, diagnostiek en behandeling;
- de instelling moet voor ten minste alle patiënten die bijzondere tandheelkundige zorg nodig hebben toegankelijk zijn;
- de instelling moet een minimale omvang hebben van 1,0 fte tandarts;
- de continuïteit moet gewaarborgd zijn, hetgeen betekent dat op elke werkdag zorgverlening beschikbaar moet zijn;
- spoedgevallen moeten op elk moment opgevangen kunnen worden via een regeling voor spoedeisende klachten;
- de instelling vervult haar taken via toetsbare protocollen; de output beantwoordt aan nader te formuleren kwaliteitseisen;
- de instelling heeft een loondienstrelatie met de medewerkers.

Kenmerk

BR/CU-7096

Pagina

2 van 10

4. Prestatiebeschrijvingen

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

- Individueel vast tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen (X731);
- Individueel vast tijdstarief verdoving door middel van algehele narcose (X631);
- Verdoving door middel van een roesje (X611).

5. Tariefaanvraag

Een instelling voor bijzondere tandheelkunde mag, mits is voldaan aan de daaraan gestelde voorwaarden, op grond van specifieke kostenverschillen ten opzichte van de tandarts algemeen practicus en de knelpunten in organisatorisch opzicht (zoals het veelvuldig overleg met de verwijzende tandarts, adviserende tandarts en tandtechnicus) een individueel vast tijdstarief in rekening brengen. Hiervoor dient de instelling voor bijzondere tandheelkunde in de zin van de Zorgverzekeringswet en het besluit zorgverzekering een overeenkomst met een zorgverzekeraar te hebben. Instellingen voor bijzondere tandheelkunde die geen overeenkomst met een zorgverzekeraar hebben voor het leveren van bijzondere tandheelkundige zorg kunnen geen beroep doen op deze beleidsregel.

Om rechtsgeldig een individueel vast tijdstarief in rekening te kunnen brengen moet de instelling hiervoor een rechtsgeldige tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben gekregen. Hiertoe dient de instelling (in principe jaarlijks), samen met de representatieve zorgverzekeraars, een tariefverzoek in. Voor het tariefverzoek moeten de financiële jaarstukken (zoals begroting en/of jaarrekening) en de overeenkomst met de zorgverzekeraars worden meegestuurd. De jaarstukken bevatten de volgende, door een registeraccountant gecontroleerde cijfers:

- de totale omzet;
- de kosten van praktijkvoering;
- het aantal tandartsen (in opleiding) werkzaam in de instelling;
- het aantal fte tandartsen (in opleiding) werkzaam in de instelling;
- het aantal gedeclareerde uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen;
- eventueel het aantal gedeclareerde uren anesthesie.

De NZa zal het individueel vast uurtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen jaarlijks per 1 januari van het jaar (t+1) actualiseren voor de loon- en prijsstijgingen volgens de betreffende indexen. Instellingen dienen hiertoe vóór 1 november van het jaar (t), gezamenlijk met beide representatieve zorgverzekeraars, een ondertekend verzoek bij de NZa in. De trendmatige jaarlijkse ophoging van de tarieven wordt bovendien alleen toegepast indien de instellingen minimaal een verzoek tot definitieve verrekening van het jaar (t-2) en voorafgaande jaren hebben ingediend.

Kenmerk
BR/CU-7096

Pagina
3 van 10

6. Opbouw en berekening van tarieven

6.1 De hoogte van het individueel vaste tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen wordt berekend door de totale aanvaardbare kosten van de instelling (artikel 6.2) te delen door het aantal declarabele uren (artikel 6.4). Het individueel vaste uurtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen is, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten. In het individueel vaste tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen zijn niet begrepen de kosten voor tandtechniek, kosten voor extra-orale voorzieningen, implantaatkosten, kosten voor Orthopantomogram (OPG) en Röntgenschedelprofielfoto (RSP) en kosten voor intraveneuze sedatie en narcose.

Uitgangspunt is dat de instelling voor bijzondere tandheelkunde hulp verleent zonder winst oogmerk. Dit betekent dat het 'uurtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen' als uitgangspunt heeft de aanvaardbare werkelijke kosten te dekken.

6.2 De kosten voor het leveren van bijzondere tandheelkundige zorg worden vooraf per instelling bepaald op basis van een begroting van de totale, werkelijke aanvaardbare kosten. Tot de aanvaardbare kostenposten kunnen worden gerekend:

- vergoeding tandartsen (salaris tandarts, doorgaande praktijkkosten);
- vergoeding management(taken);
- formatie ondersteunend tandheelkundig team;
- bij- en nascholing tandarts en ondersteunend tandheelkundig team;
- klinisch psycholoog;
- verbruiksmaterialen;
- overige kosten;
- rente, afschrijving en onderhoud.

De hoogte van de totale normatieve maximale aanvaardbare kosten (met uitzondering van de kosten voor rente, afschrijving en onderhoud) wordt bepaald door het aantal fte tandartsen (in opleiding).

6.2.1 Vergoeding tandartsen

Salaris tandarts

Aanvaardbaar zijn de werkelijke salariskosten van tandartsen tot maximaal € 107.673,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts. Dit bedrag komt overeen met het norminkomen voor de vrijgevestigde tandarts algemeen practicus. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast op basis van de gemiddelde mutatie van de CBS-index contractuele loonkosten per uur voor de sectoren "gezondheids- en welzijnszorg", "openbaar bestuur" en "onderwijs" (peildata ultimo jaar t-1 en ultimo jaar t).

Doorgaande praktijkkosten

De doorgaande praktijkkosten (assistentie en overige doorgaande praktijkkosten) kunnen als aparte kostenpost worden meegenomen met als voorwaarde dat een tandarts ten minste vier halve dagen per week in de huispraktijk werkzaam is. De vergoeding is afhankelijk van de arbeidsovereenkomst van de tandartsassistent in de eigen huispraktijk.

Kenmerk
BR/CU-7096

Pagina
4 van 10

- Assistentie

Alleen indien de tandartsassistent een arbeidsovereenkomst/-contract heeft met de tandarts voor de uren dat de tandarts in de instelling voor mondzorg die bijzondere tandheelkundige zorg levert werkzaam is, worden de contracturen van de assistent vergoed en geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 29.213,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts, mits die kosten daadwerkelijk gemaakt zijn. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast op basis van de door de Minister van VWS voor het betreffende jaar aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA). Indien de tandartsassistent geen arbeidsovereenkomst heeft voor de uren dat de tandarts in de instelling voor mondzorg die bijzondere tandheelkundige zorg levert werkzaam is, komt de tandarts ook niet in aanmerking voor een vergoeding.

- Overige doorgaande praktijkkosten

Aanvaardbaar zijn de kosten voor overige doorgaande praktijkkosten tot maximaal € 51.595,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts, mits die kosten niet op een andere wijze worden gecompenseerd. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de prijsstijging particuliere consumptie volgens het Centraal Economisch Plan (CEP). Onder overige doorgaande praktijkkosten zijn begrepen: huisvesting (huur, afschrijving, rente, energie, schoonmaakkosten), inrichting (afschrijving, rente, onderhoud, overige afschrijvingen, overige investeringen), oriëntatie (contributie, vakliteratuur, vergaderingen, nascholing), praktijk (telefoon, porti, wachtkamer, kantoor, verzekeringen, accountant, representatie, textiel, diversen), vervoer, interest (debiteuren, kasgeld, materialen) en preventief hygiënische maatregelen.

6.2.2 Vergoeding management(taken)

De aanvaardbare werkelijke kosten voor management(taken) zijn afhankelijk van het aantal fte tandartsen werkzaam bij de instelling voor mondzorg die bijzondere tandheelkundige zorg levert. Voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandartsen) geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 10.767,- (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts (10% van het salarisniveau tandarts). Voor de kleinere instellingen ($1,0 \leq$ fte tandartsen $< 2,0$) geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 5.384,- (niveau 2012) per jaar per 1,0 fte tandarts (5% van het salarisniveau tandarts), met als voorwaarde dat er minimaal vier tandartsen (parttime) werkzaam moeten zijn om hiervoor in aanmerking te komen. De bedragen worden jaarlijks aangepast met de mutatie van het CBS-inkomenspercentage.

6.2.3 Formatie ondersteunend tandheelkundig team

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor salarissen van het ondersteunend tandheelkundig team en voor overige personeelskosten tot maximaal € 104.553,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage.

6.2.4 Bij- en nascholing tandarts en ondersteunend tandheelkundig team
Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor bij- en nascholing tandartsen en ondersteunend tandheelkundig team tot maximaal € 7.616,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het CEP-percentage.

Kenmerk
BR/CU-7096

Pagina
5 van 10

6.2.5 Klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog kan voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandartsen) als aparte kostenpost worden meegenomen. Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten tot maximaal € 9.148,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het OVA-percentage.

6.2.6 Verbruiksmaterialen

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten van verbruiksmaterialen tot maximaal € 14.343,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts. Dit bedrag is exclusief implantaatkosten (artikel 4.6). Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het CEP-percentage.

6.2.7 Overige kosten

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten van de overige kosten tot maximaal € 13.317,- per jaar (niveau 2012) per 1,0 fte tandarts. Hieronder zitten onder meer posten zoals bankkosten, portokosten, telefoonkosten en automatisering. Het bedrag wordt jaarlijks aangepast met de mutatie volgens het CEP-percentage.

6.2.8 rente, afschrijving en onderhoud

De werkelijke kosten voor afschrijving en rente zijn aanvaardbaar voor zover deze passen binnen de daarvoor geldende regelgeving (artikel 7 en 8). De kosten voor onderhoud zijn aanvaardbaar tot de werkelijke kosten.

6.3 Substitutie

Indien in een jaar de werkelijke kosten van een bepaalde kostencategorie het maximum van de betreffende beleidsregel overschrijdt (met uitzondering van de kostenpost salaris tandarts), kan dat worden gecompenseerd met een onderschrijving bij andere kostencategorieën, mits de zorgverzekeraars in het lokaal overleg daarmee instemmen én het totaal van de werkelijke kosten van alle kostencategorieën tezamen blijft binnen het totaal van het beleidsregelmaximum. Deze substitutieregeling betreft alleen de kostencategorieën met een beleidsregelmaximum (artikel 6.2.1 tot en met 6.2.7). Dit betekent dat de substitutieregeling niet van toepassing is op de kostenposten rente, afschrijving en onderhoud (artikel 6.2.8).

6.4 De rekenorm

Bij de berekening van het minimale normatieve aantal declarabele uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen speelt de instellingsgrootte, gemeten aan de hand van het aantal fte tandartsen en/of het aantal fte tandartsen dat in opleiding is, een rol.

kleinere instellingen ($1,0 \leq \text{fte tandarts} < 2,0$)

- Voor tandartsen bedraagt de rekenorm minimaal 1.206 'uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen' per jaar. Dit aantal is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele 'uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen' per werkdag.
- Voor tandartsen in opleiding bedraagt de rekenorm minimaal 844 'uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen' per jaar (70% van de norm voor tandartsen).

grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandarts)

- Voor tandartsen bedraagt de rekennorm minimaal 1.106 'uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen' per jaar. Dit aantal is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele 'uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen' per werkdag.
- Voor tandartsen in opleiding bedraagt de rekennorm minimaal 774 'uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen' per jaar (70% van de norm voor tandartsen).

Kenmerk
BR/CU-7096

Pagina
6 van 10

6.5 Op grond van de hierboven vastgelegde systematiek wordt een individueel vast uurtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen op voorcalculatorisch niveau vastgesteld. Het verschil tussen het voorcalculatorische niveau jaar t en het definitieve niveau jaar t zal worden verrekend via een tijdelijke toeslag of aftrek in het individueel vaste uurtarief mondzorg aan bijzondere groepen voor jaar t+1 of jaar t+2.

6.6 In voorkomende gevallen kunnen naast het individueel vast uurtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen ook andere, door de NZa vast te stellen maximumtarieven in rekening worden gebracht.

De kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium), voor extra-orale voorzieningen en voor implantaatkosten kunnen separaat worden doorberekend tegen de werkelijke kosten. Onder implantaatkosten wordt verstaan de kostprijs implantaat, dat wil zeggen alle materialen die voor de implantatie tijdelijk dan wel blijvend in de mond wordt geplaatst, plus de overheadkosten per implantaat (code J97 tarieflijst tandheelkunde).

De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen worden doorberekend, maar mogen in ieder geval niet hoger zijn dan de lijst met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer, vastgesteld door de NZa.

Voor OPG en RSP kunnen de werkelijke kosten separaat worden doorberekend. Indien niet ingekocht, maar in eigen beheer gemaakt, kunnen respectievelijk maximaal de bedragen, vermeld achter code X10 tot en met X26 uit de tarieflijst tandheelkunde, worden gedeclareerd.

De kosten voor intraveneuze sedatie kunnen tegen de werkelijke kosten worden gedeclareerd. De kosten voor narcose kunnen tegen de werkelijke kosten worden gedeclareerd, voor zover deze niet voor rekening komen van het ziekenhuis of de anesthesist.

7. Rente

Bij de vaststelling van de aanvaardbare kosten wordt rente over eigen vermogen niet en rente over vreemd vermogen wel in aanmerking genomen. Over het vreemde vermogen wordt de in te calculeren rente als volgt berekend.

Ingecalculeerd wordt het bedrag dat de instelling aan rente is verschuldigd in het jaar waarvoor de aanvaardbare kosten worden vastgesteld, met dien verstande dat rentetype en andere voorwaarden van leningsovereenkomst in overeenstemming dienen te zijn met hetgeen normaal gebruikelijk is (was) op het moment van afsluiten van de lening.

In afwijking van het vorenstaande wordt in het geval dat vreemd vermogen wordt aangetrokken in de vorm van een zogenaamde annuïteitenlening, aan rente ingecalculeerd het bedrag van de annuïteit, verminderd met de berekende rechtlijnige aflossing.

Kenmerk
BR/CU-7096

Pagina
7 van 10

Voorts worden bij de bepaling van de aanvaardbare kosten de doorberekende rentekosten in mindering gebracht.

8. Afschrijving

De in de aanvaardbare kosten op te nemen afschrijvingskosten worden gebaseerd op de historische kostprijs.

Indien voor een investering of het aangaan van een huurcontract toestemming bij of krachtens de wet is vereist, zullen bij gebreke daarvan geen afschrijvingskosten of huur in de tarieven worden opgenomen.

Indien de rechtspersoon, die een instelling exploiteert, geen eigenaar is van de gebouwen en/of installaties en/of inventaris en de verhuurder een rechtspersoon is die een niet winst gerichte doelstelling heeft, zal de huur getoetst worden aan de richtlijn voor afschrijving en rente.

Indien de rechtspersoon, die een instelling exploiteert, geen eigenaar is van de gebouwen en/of installaties en/of inventaris en de verhuurder een rechtspersoon is met een op winst gerichte doelstelling, zal aan huur worden ingecalculeerd:

- hetzij een door de huuradviescommissie recentelijk geadviseerd huurbedrag voor het desbetreffende pand;
- hetzij - indien een dergelijk advies niet beschikbaar is of indien in het pand nieuwe investeringen gepleegd worden om het geschikt te maken voor zijn nieuwe bestemming - de huur die wordt vastgesteld door drie makelaars, één aan te wijzen door de huurder, één aan te wijzen door de verhuurder en één aan te wijzen door beide voornoemde makelaars.

Indien echter een als instelling van gezondheidszorg in gebruik zijnd pand overgedragen wordt aan een derde die dit pand vervolgens weer in huur aanbiedt ten behoeve van de exploitatie van een instelling van gezondheidszorg, wordt als huur slechts ingecalculeerd de vóór deze transactie bestaande eigenaarslasten (rente, afschrijving, vaste lasten).

De afschrijvingskosten worden in het algemeen in de tarieven opgenomen vanaf de ingebruikname van de betrokken activa.

Met inachtneming van het vorenstaande wordt bij de tariefbepaling uitgegaan van de volgende afschrijvingspercentages:

stenen gebouwen	2%
semi-permanente gebouwen	5%
houten paviljoens	10%
restauraties en normale verbouwingen en tuinaanleg	5%
röntgeninstallaties en aanverwante installaties	10%
autoclaven	10%
investeringen die vallen onder de meldingsprocedure op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	10%
overige installaties	5%
inventarisgoederen	10%

computerapparatuur en programmatuur, met betrekking tot automatische informatieverwerking; auto's	20%
aanloopkosten, bouwrente en stichtingskosten	2½%

Kenmerk
BR/CU-7096

Pagina
8 van 10

De aldus berekende, bij de bepaling van de aanvaardbare kosten in aanmerking te nemen afschrijvingskosten worden verminderd met de doorberekende kosten van afschrijving.

De afschrijvingsbasis bij overdracht en bij verandering van rechtsvorm

Overname van een instelling door een andere rechtspersoon en verandering van rechtsvorm, kunnen de afschrijvingsbasis niet doen wijzigen.

Afschrijvingen op bijzondere activa

Aanloopkosten, waaronder worden verstaan lopende uitgaven, zoals salarissen, opleidingskosten, etc., welke worden gemaakt reeds voordat de instelling in gebruik wordt genomen, dienen te worden geactiveerd en moeten volgens de richtlijn in 40 jaar worden afgeschreven.

9. Bouwrente

Indien een instelling geheel wordt vernieuwd, is het geoorloofd een bedrag in te calculeren. Dit bedrag dient ter gedeeltelijke dekking van de rente tijdens de bouw, die in mindering dient te worden gebracht van de investeringskosten van de nieuwbouw.

Het toestaan van bouwrente in de verpleegprijzen leidt niet tot vorming van eigen vermogen daar de totale opbrengst van deze bouwrente later wordt afgetrokken van de totale rente-uitgaven tijdens de bouw. Slechts op het saldo mag dan worden afgeschreven. Volgens de richtlijn is doorberekening van bouwrente slechts toegestaan bij volledige vernieuwing. In de praktijk bestaat de mogelijkheid om ook in gevallen, waarin het niet om een gehele nieuwbouw gaat, een deel van de bouwrente in de verpleegprijs op te nemen. Te denken valt hierbij aan een zodanige verbouwing van de instelling dat hier een aanzienlijke investering mee gepaard gaat. Verder mag een factor bouwrente alleen worden doorberekend in het tarief van een bestaande instelling die tot vernieuwing overgaat.

Indien dus door één rechtspersoon meerdere instellingen worden geëxploiteerd, is het niet mogelijk alle tarieven van deze rechtspersoon met een factor bouwrente te verhogen. Bevoorrechtiging van dergelijke "concerns" wordt op deze manier voorkomen.

Ook is het dan uitgesloten dat aan een instelling of een concern van instellingen bouwrente wordt toegekend, indien het gaat om de bouw van een instelling die niet dient ter vervanging van een bestaande instelling.

Bouwrente wordt ingecalculeerd vanaf het moment dat daadwerkelijk met de bouw een aanvang wordt gemaakt.

10. Indexering van huur en erfpacht

In afwijking van het aan de richtlijnen afschrijving en rente ten grondslag liggende uitgangspunt van de historische kostprijs, is een indexering van de kosten van huur en erfpacht van onroerend goed aanvaardbaar, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan. Deze voorwaarden zijn:

- a. Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een op winst gerichte doelstelling.
- b. Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een niet op winst gerichte doelstelling, alsmede door of namens gemeenten en andere publiek-rechtelijke rechtspersonen, mits het onroerend goed:
 - afkomstig is van buiten de gezondheidszorg in ruime zin, dat wil zeggen, niet reeds heeft gediend voor activiteiten waarvan bekostiging thans plaatsvindt vanwege ziektekostenverzekering of AWBZ;
 - niet is verworven met het oog op gebruik in het kader van de gezondheidszorg.
- c. Zowel in geval a als b, maar met uitzondering van de situatie waarin de overheid als erfpachter optreedt, geldt dat het eigendom van het onroerend goed niet direct of indirect berust bij het orgaan voor gezondheidszorg of de rechtspersoon waarvan het orgaan voor gezondheidszorg uitgaat.

De gehanteerde indexering mag ten hoogste bedragen:

- voor erfpacht: de consumentenprijsindex (CPI-Werknemers Laag) van het CBS;
- voor huur: de consumentenprijsindex (CPI-Werknemers Laag) van het CBS, hetzij het wettelijk toegestane verhogingspercentage, hetzij het percentage dat resulteert uit een recentelijk geadviseerd huurbedrag door de huurcommissie of indien een dergelijk percentage niet beschikbaar is, het percentage dat resulteert uit de huur die wordt vastgesteld door drie makelaars, één aan te wijzen door de verhuurder en één aan te wijzen door de huurder en één aan te wijzen door beide voornoemde makelaars.

Voor de toepassing van deze richtlijn geldt dat:

overname van een instelling door een andere rechtspersoon, wijzigingen van rechtsovername of andere juridische constructie alleen, niet kunnen leiden tot een wijziging van de aanvaardbare kosten of tarieven van een instelling van gezondheidszorg. In twijfelgevallen is de strekking van de richtlijn doorslaggevend.

11. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Bijzondere Tandheelkunde instellingen', met kenmerk BR/CU-7064, ingetrokken.

12. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), wordt geplaatst en werkt terug tot 1 januari 2013.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen'.

Kenmerk
BR/CU-7096
Pagina
10 van 10

Toelichting

De strikte toepassing van het toetsingskader voor de berekening van het individueel vaste uurtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen leidde bij sommige centra voor bijzondere tandheelkunde tot knelpunten. In het gehanteerde toetsingskader werd de normatieve maximale aanvaardbare vergoeding per kostencategorie gekoppeld aan het aantal fte tandartsen dat ook daadwerkelijk bij de berekening van de productienorm als uitgangspunt werd genomen. Het totaal aantal te realiseren uren per fte tandarts kwam hiermee lager uit dan het normatieve aantal uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen. Hierdoor werd een lager normatief aantal fte tandartsen én daarmee een geringere normatieve maximale aanvaardbare vergoeding per kostencategorie vastgesteld. De NZa heeft geoordeeld dat deze strikte toepassing van dit toetsingskader geen recht (meer) doet aan de praktijk voor zover het gaat om het opleiden van tandartsen. De bijzondere mondzorg die centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT's) bieden vraagt om tandartsen die een specifieke opleiding hebben gevolgd (gedifferentieerde tandartsen) maar deze aanvullende opleidingen worden feitelijk steeds meer door de CBT's zelf geleverd. Deze tandartsen-in-opleiding zijn in dienst van het CBT. CBT's dragen voor deze tandartsen-in-opleiding daardoor wel de volledige kosten per stoel, maar deze tandartsen leveren voor het CBT niet zo veel productieve uren op als de al afgestudeerde tandartsen.

Met de aanpassing van de beleidsregel wordt voor de CBT's het productieverlies van de tandartsen-in-opleiding niet meer vertaald naar de berekening van de normatieve maximale aanvaardbare beleidsregelvergoeding per kostencategorie. De opleidingskosten zelf (die samenhangen met het aanbieden van de opleiding) bleven en blijven buiten beschouwing.

Zorgverzekeraars hebben in het zorgverzekeringsstelsel de rol om te oordelen of de normatieve maximale aanvaardbare beleidsregelruimte *per kostencategorie* ook daadwerkelijk benut dient te worden. Het in aanmerking te nemen productieverlies van tandartsen-in-opleiding wordt gemaximeerd op 30%. Dit betekent dat het aantal te realiseren uren per fte tandarts-in-opleiding ligt op een normatieve minimale norm van 70% van het aantal uren mondzorg aan bijzondere zorggroepen per fte tandarts.