



Bijlage 1 Totstandkoming tarieven

Behorende bij beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR/REG-23113)

In hoofdstuk III (Tarieven) van de BR zijn de uitgangspunten van het integrale tarief van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten toegelicht. Hierin is aangegeven dat in bijlage 1 behorende bij de BR de totstandkoming van de tarieven wordt toegelicht.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft een kostprijsmodel opgesteld voor de medisch-specialistische zorg en vastgelegd in:

- Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg;
- Nadere regel Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg.

Dit model verplicht instellingen voor medisch-specialistische zorg om kostprijzen aan te leveren over het gereguleerde segment. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van tarieven van dbc-zorgproducten (dbc-zp's) en overige zorgproducten (ozp's) in het gereguleerde segment. In de productprijsberekening op basis van het kostprijsmodel is voor alle kostencategorieën (ook voor kapitaallasten) uitgegaan van de werkelijke kosten. Voor de geriatrische revalidatiezorg geldt een separaat kostenonderzoek.

Voor 2023 is besloten zo veel als mogelijk de tarieven te herijken op basis van het kostprijsmodel, op basis van kostprijzen 2019. Voor een aantal zorgproductgroepen (zpg's) (of delen er van) zijn de tarieven 2022 geïndexeerd.

1.1 Representativiteit

Op basis van de nadere regel (NR) Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg zijn instellingen voor medisch-specialistische zorg verplicht om kostprijsinformatie over het gereguleerde segment aan te leveren, inclusief een rapport van bevindingen opgesteld door een externe accountant.

1.2 Accountantscontrole

Op voorhand is geen enkele instelling buiten de productprijsberekening gehouden. Echter wanneer uit het beoordelen van het rapport van bevindingen van de externe accountant blijkt dat onvoldoende is gewaarborgd dat de kostprijsinformatie goed tot stand is gekomen, sluit de NZa de betreffende instelling(en) alsnog uit. De rapporten worden door de NZa met dit doel beoordeeld (kwalitatief).

Aan de externe accountants is gevraagd op drie onderwerpen/criteria hun bevindingen te geven. Dit zijn op hoofdlijnen de volgende criteria:

- 1 Aansluiting op jaarrekening;
- 2 Eliminatieposten;
- 3 Aansluiting productiegegevens op primaire registratiesystemen.

1.3 Indexatie van tarieven 2022

Voor 2023 is een beperkt deel van de tarieven enkel geïndexeerd.

1.4 Alternatieve berekeningswijze bij productstructuurwijzigingen 2023

Het herijken van tarieven is niet mogelijk voor producten waarbij er in de productstructuur en/of registratieregels wijzigingen zijn tussen 2019 en 2023. Voor deze zp's, waarbij er wijzigingen waren als gevolg van projecten, prestatieaanvragen en wijzigingsverzoeken, is het maximumtarief berekend met behulp van een alternatieve berekeningswijze. Indien noodzakelijk is op deze producten ook de Vergoeding voor Gederfd Rendement Eigen Vermogen (VGREV) toegepast evenals een toeslag voor zwevende verrichtingen.

Om te borgen dat er geen onlogische verschillen bestaan tussen tarieven van prestaties die in verschillende sectoren kunnen worden uitgevoerd en die feitelijk dezelfde zorg beschrijven, is voor een beperkt aantal prestaties in de medisch-specialistische zorg het tarief van de eerstelijnszorg als basis genomen.

1.5 Gewogen gemiddelde

In de tariefberekening voor de 2023 tarieven is, daar waar herijkt is op basis van kostprijzen net als voor de releases vanaf RZ16a, in de tariefberekening het gewogen gemiddelde toegepast. Hiermee is geborgd dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten van instellingen.

1.6 Vergoeding gederfd rendement eigen vermogen

De NZa heeft in maart 2016 de BR Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg (BR/CU-5149) vastgesteld. Deze BR is per 1 januari 2017 in werking getreden en beoogt een transparante beschrijving te geven van de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven op grond van haar bevoegdheden uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In de BR stelt de NZa dat ondernemersrisico een element kan vormen in de opbouw van het tarief, waarbij beoogd wordt te compenseren voor de kosten van (het aanhouden van) een financiële reserve die nodig is om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is.

In de tarieven voor medisch-specialistische zorg is daarom vanaf 2017 een opslag gehanteerd in de vorm van een VGREV. De hoogte hiervan is noodzakelijkerwijs normatief bepaald. De NZa heeft daarom vergoedingspercentages berekend voor het gereguleerde segment. De basis voor deze berekening is het Capital Asset Pricing Model (CAPM-model). De VGREV is in de tarieven 2021 herijkt. Op basis van het CAPM-model heeft de NZa een algemeen vergoedingspercentage bepaald van 1,60%.

Voor zpg Complex chronisch longfalen (990022) is het percentage vastgesteld op 2,75%. De tarieven zijn met dit percentage opgehoogd. De VGREV wordt periodiek herijkt. Voor 2023 zijn de hiervoor genoemde percentages gebruikt.

1.7 Kosten zwevende verrichtingen

In de NR Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg is expliciet opgenomen dat de kosten van zwevende verrichtingen niet in de kostprijzen meegerekend mogen worden. Zwevende verrichtingen zijn zorgactiviteiten die geregistreerd en uitgevoerd zijn, maar die niet gekoppeld zijn aan een dbc-zp. Om er voor te zorgen dat de kosten van deze verrichtingen wel landen in de tarieven van dbc-zp's, nemen we vanaf 2021 een opslag op in de tarieven voor dbc-zp's voor de kosten van zwevende verrichtingen. We berekenen de opslag door het totaal aan kosten voor zwevende verrichtingen te delen door de totale kosten voor dbc-zp's zoals instellingen die in de kostprijsaanlevering hebben aangeleverd. Deze opslag wordt periodiek herijkt. Voor de tarieven 2023 geldt een opslag van 0,98%.

1.8 Trendmatige aanpassing

De kostenbedragen van zp's in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor materiële en loonkosten. De trendmatige aanpassing voor jaar t is gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t en de nacalculatie op de indices jaar t-1. De index is berekend als het gewogen gemiddelde van de materiële en loonindices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

De in de kostenbedragen begrepen loonkosten zijn aangepast op basis van de door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t is gebaseerd op gegevens uit de tabel Middelen en bestedingen van het Centraal Economisch Plan (CEP).

Calculatieschema trendmatige aanpassing voor jaar t

- a $(1 + \text{Voorcalculatie OVA (t)}) * ((1 + \text{Nacalculatie OVA (t-1)}) / (1 + \text{Voorcalculatie OVA (t-1)})) - 1$
- b $(1 + \text{Voorcalculatie CEP (t)}) * ((1 + \text{Nacalculatie CEP (t-1)}) / (1 + \text{Voorcalculatie CEP (t-1)})) - 1$
- c Gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten voor jaar t: $[2/3 * A + 1/3 * B - 1]$

Tabel1: Overzicht prijsindex

Naam	Index
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,0140
Prijsindex 2012	1,0316
Prijsindex 2013	1,0193
Prijsindex 2014	1,0314
Prijsindex 2015	1,0115
Prijsindex 2016	1,0026

Naam	Index
Prijsindex 2017	1,0192
Prijsindex 2018	1,0287
Prijsindex 2019	1,0375
Prijsindex 2020	1,0174
Prijsindex 2021	1,0342
Prijsindex 2022	1,0238
Prijsindex 2023	1,0519

Uitzonderingen hierop zijn:

- de add-on geneesmiddelen;
- ozp-stollingsfactoren;
- een aantal ozp's waarvan de maximumtarieven worden overgenomen van tariefbeschikkingen voor eerstelijnszorg.

Voor de afronding van tarieven verwijzen wij u naar de beleidsregel Afronding tarieven.