

Bijlage 1 bij beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg'

In hoofdstuk III 'Tarieven' van deze beleidsregel zijn de uitgangspunten van het integrale tarief van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten toegelicht. Hierin is aangegeven dat in deze bijlage 1 de totstandkoming van de tarieven wordt toegelicht.

De NZa heeft een kostprijsmodel¹ opgesteld dat instellingen voor medisch-specialistische zorg verplicht kostprijzen aan te leveren over het gereguleerde segment. Deze kostprijsinformatie vormt de basis voor herijking van de tarieven van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment. In de productprijsberekening op basis van het NZa-kostprijsmodel wordt voor alle kostencategorieën uitgegaan van de werkelijke kosten (ook voor kapitaallasten). Voor de geriatrische revalidatiezorg geldt een separaat kostenonderzoek.²

Voor de tarieven in 2019 is (uiteindelijk) overwegend besloten de tarieven enkel te voorzien van een prijsindex. Het kostprijsmodel is slechts voor een beperkt aantal prestaties opnieuw toegepast.

1.1 Representativiteit

Op basis van de nadere regeling 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen' zijn instellingen voor medisch-specialistische zorg verplicht om de kostprijsinformatie over het gereguleerde segment aan te leveren, inclusief een assurancerapport of een rapport van bevindingen van de externe accountant.

1.2 Accountantscontrole

Op voorhand worden geen instellingen buiten de productprijsberekening gehouden. Echter wanneer uit 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 instellingen alsnog uit. De rapporten zijn door de NZa met dit doel beoordeeld (kwalitatief). Aan de accountants is gevraagd op een achttal onderwerpen/criteria hun bevindingen te geven. Dit zijn op hoofdlijnen de volgende criteria:

1. Aansluiting op jaarrekening;
2. Aansluiting op de financiële administratie;
3. Adequate toelichting op uitgangspunten en veronderstellingen;
4. Consequente toepassing van de uitgangspunten en veronderstellingen;
5. Aansluiting productiegegevens op primaire registratiesystemen;
6. Relevante toelichting op omzetverantwoording en deelverantwoordingen;
7. Aanwezigheid van in opzet interne beheersmaatregelen;
8. Toepassing van plausibiliteitstoets van de berekende kostprijzen.

¹ Zie beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch specialistische zorg' en de nadere regel 'Regeling registratie en aanlevering kostprijzen' op de website van de NZa.

² Zie beleidsregel 'Kostprijsberekening geriatrische revalidatiezorg' met kenmerk BR/CU-2120 en de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen geriatrische revalidatiezorg' met kenmerk NR/CU-246 op de website van de NZa.

1.3 Indexatie van tarieven 2018Pagina
2 van 17

Voor 2019 wordt een groot deel van de tarieven enkel geïndexeerd.

1.4 Alternatieve berekeningswijze bij productstructuurwijzigingen 2018

Het enkel indexeren van de tarieven is niet mogelijk voor producten die wijzigen per 2019 als gevolg van wijzigingen in de productstructuur en/of registratieregels. Voor zorgproducten die zijn gewijzigd per 2019 als gevolg van projecten, prestatieaanvragen en wijzigingsverzoeken wordt het maximumtarief berekend met behulp van een alternatieve berekeningswijze. Indien noodzakelijk wordt op deze producten ook de vergoeding voor gedeerd rendement eigen vermogen (VGREV) toegepast.

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, worden voor een beperkt aantal prestaties in de medisch specialistische zorg de tarieven van de eerstelijnszorg en de geestelijke en forensische zorg als basis genomen.

1.5 Gewogen gemiddelde

In de tariefberekening voor de RZ19a tarieven is, daar waar herijkt wordt op basis van kostprijzen net als voor de release RZ16a, RZ17a en RZ18a, in de tariefberekening het gewogen gemiddelde toegepast. Hiermee wordt geborgd dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten (productiewaarde) van instellingen.

1.6 Vergoeding gedeerd rendement eigen vermogen (VGREV)

De NZa heeft in maart 2016 de beleidsregel BR/CU-5149 'Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg' vastgesteld. De beleidsregel 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 Wmg. In de beleidsregel 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 vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (VGREV). De hoogte hiervan wordt noodzakelijkerwijs normatief bepaald. De NZa heeft daarom vergoedingspercentages berekend voor het gereguleerde segment. De basis voor deze berekening is het CAPM-model. Op basis van dit model heeft de NZa een vergoedingspercentage bepaald van 1,47%. Voor de medisch specialistische revalidatiezorg is het percentage bepaald op 1,94%. Voor de longcentra (die complex chronisch longfalen leveren) is het percentage bepaald op 4,69%. De tarieven worden met dit percentage opgehoogd. Deze percentages zijn gecontinueerd voor de tarieven 2018 en 2019.

1.7 Trendmatige aanpassing

De kostenbedragen van de DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. De trendmatige aanpassing voor jaar t wordt gebaseerd op de voorcalculatie voor jaar t

en de nacalculatie op de indices jaar t-1. De index wordt berekend als het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten.

Pagina
3 van 17

De in de kostenbedragen begrepen loonkosten worden aangepast op basis van de door de Minister van VWS aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA).

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t wordt gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP).

<i>Calculatieschema</i>	
A.) Eindcalculatie jaar t:	
	$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t}}{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t-1}} - 1$
B.) Structurele doorwerking afwijking jaar t-1:	
	$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-1}}{(\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-2}) \times (1 + \text{eindcalculatie t-1})} - 1$
C.) Totale aanpassing jaar t:	$[(1+A) \times (1+B)] - 1.$

Tabel 3. Overzicht prijsindex

Naam	Index
Prijsindex 2010	1,0156
Prijsindex 2011	1,014
Prijsindex 2012	1,0316
Prijsindex 2013	1,0193
Prijsindex 2014	1,0314
Prijsindex 2015	1,0115
Prijsindex 2016	1,0026
Prijsindex 2017	1,0094
Prijsindex 2018	1,0287
Prijsindex 2018	1,0375

Uitzonderingen hierop vormen de kostenbedragen van de overige zorgproducten voor:

- Add-ongeneesmiddelen
- Ozp-stollingsfactoren
- Prenatale screening
- Logopedie
- Verpleging in thuissituatie
- Bijzondere tandheelkunde

Voor de afronding van de tarieven wordt verwezen naar de beleidsregel 'afronding tarieven'.