



Totstandkoming tarieven

Behorende bij beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2025

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 de bijlage 'Totstandkoming tarieven' 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.

Het uitgangspunt is om zo veel als mogelijk de tarieven te indexeren. Voor een aantal zorgproductgroepen (zpg's) (of delen er van) zijn de tarieven op een andere wijze tot stand gekomen.

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

Wanneer we indexeren gebruiken we de tarieven van jaar t-1 als basis.

1.4 Alternatieve berekeningswijze bij productstructuurwijzigingen

Het herijken van tarieven is niet mogelijk voor producten waarbij er in de productstructuur en/of registratieregels wijzigingen zijn geweest tussen jaar t en het jaar op basis waarvan een tarief herijkt zou worden. 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.

Voor de zorgproductgroep kindergeneeskunde oncologie (990116) wordt voor (een deel van) de zorgproducten het meerjaarsgemiddelde toegepast. De tarieven zijn gebaseerd op jaar t-5 tot en met t-3 kostprijzen.

1.5 Gewogen gemiddelde

In de tariefberekening is, daar waar herijkt is op basis van kostprijzen, zoals 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 de huidige tarieven 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 huidige tarieven 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 | $(1 + \text{Voorcalculatie OVA (t)}) * \left(\frac{(1 + \text{Nacalculatie OVA (t-1)})}{(1 + \text{Voorcalculatie OVA (t-1)})} \right) - 1$ |
| b | $(1 + \text{Voorcalculatie CEP (t)}) * \left(\frac{(1 + \text{Nacalculatie CEP (t-1)})}{(1 + \text{Voorcalculatie CEP (t-1)})} \right) - 1$ |
| c | Gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten voor jaar t: $[2/3 * A + 1/3 * B - 1]$ |

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 we naar de beleidsregel Afronding tarieven.

Voor het overzicht van de historische prijsindices verwijzen we naar www.nza.nl

Voor de prijsindex van jaar t verwijzen we naar het document verantwoording wijzigingen dbc-release.