



Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg

BR/REG-22114a

Vastgesteld op 14 september 2021

Inhoudsopgave

Artikel 1.	Begripsbepalingen	1
Artikel 2.	Doel van de beleidsregel	5
Artikel 3.	Reikwijdte	5
Hoofdstuk I	Prestaties	5
Artikel 4.	Prestatiebeschrijvingen	5
Artikel 5.	Dbc-zorgproducten	5
Artikel 6.	Subtraject	6
Artikel 7.	Overige zorgproducten	6
Artikel 7a.	Beschrijvingen van overige zorgproducten	8
Artikel 8.	Onderlinge dienstverlening	9
Hoofdstuk II	Procedure dbc-productstructuur en overige zorgproducten	9
Artikel 9.	Algemeen	9
Artikel 10.	Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren	9
Artikel 11.	Procedure tot vaststelling, wijziging of intrekking van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor	10
Artikel 12.	Aanvraagprocedure facultatieve prestatie msz	11
Artikel 12a.	Voorwaarden voor indiening en goedkeuring facultatieve prestatie msz	11
Hoofdstuk III	Tarieven	12
Artikel 13.	Tariefopbouw en tariefsoorten	12
Artikel 14.	Tariefberekening	12
Artikel 15.	Tarief add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren	13
Hoofdstuk IV	Positie van solisten	13
Artikel 16.	Criteria solist	13
Hoofdstuk V	SLOTBEPALINGEN	14
Artikel 17.	Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht	14
Artikel 18.	Intrekking voorgaande beleidsregel(s)	14
Artikel 19.	Overgangsbepaling	14
Artikel 20.	Inwerkingtreding en citeertitel	14
Bijlagen		18

Grondslag

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen 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.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, onder a en b van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van 27 juni 2011, met kenmerk MC-U-3070826, brief van 25 juli 2011, met kenmerk MC-U-3073582, brief van 30 augustus 2011, met kenmerk MC-U-3078436 en brief van 26 juni 2012, met kenmerk MC-U-3119631, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven.

Gelet op artikel 7 van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van 21 mei 2014, met kenmerk 371987-120847-MC en met brief van 29 november 2016, met kenmerk 1051065-157688-MC, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een algemene aanwijzing aan de NZa gegeven.

Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

a. *Add-on*

Een overig zorgproduct (ozp), dat uiteen valt in vier categorieën:

- zorg op de intensive care (ic), uitgedrukt in zorgactiviteiten en behorend bij een dbc-zorgproduct (add-on IC);
- een limitatief aantal geneesmiddelen en stollingsfactoren, elk gekoppeld aan een ZI-nummer (add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren);
- een aantal specifieke prestaties met aanvullende voorwaarden (add-on overig);
- een facultatieve prestatie voor medisch-specialistische zorg behorend bij een dbc-zorgproduct (add-on facultatieve prestatie).



b. *AGB-code*

Een unieke code die aan de zorgaanbieder, zorgverlener, praktijk en/of instelling wordt toegekend en waarmee de zorgaanbieder, zorgverlener en de praktijk of instelling kan worden geïdentificeerd. De AGB-code is opgebouwd uit acht posities. De eerste twee posities geven de zorgverlenersoort weer (01 = huisartsen, 03 = medisch specialist et cetera). De overige zes posities zijn een volgnummer.

c. *Apotheekbereiding*

Een bereiding van een geneesmiddel door de apotheek. Het aanpassen van geregistreerde geneesmiddelen tot andere sterktes of toedieningsvormen en het voor toediening gereed maken (VTGM) van geregistreerde geneesmiddelen vallen niet onder deze begripsbepaling.

d. *Beslisboom*

De beslisboom beschrijft de criteria op grond waarvan een subtraject in combinatie met zorgactiviteiten door een grouper wordt afgeleid tot een dbc-zorgproduct of uitvalproduct.

e. *Dbc-zorgproduct*

Een declarabele prestatie die via de beslisboom is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten.

f. *Dbc-zorgproductcode*

Het unieke nummer van een dbc-zorgproduct dat bestaat uit negen posities. De code is opgebouwd uit een dbc-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke dbc-zorgproduct binnen een dbc-zorgproductgroep (drie posities).

g. *Dbc-zorgproductgroep*

Een verzameling van dbc-zorgproducten. Deze verzameling is geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD-10-diagnose, Wbmv-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria. Elke dbc-zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom.

h. *Dbc-zorgproductgroepcode*

Een zescijferige code van de dbc-zorgproductgroep, waar een dbc-zorgproduct tot behoort.

i. *Declaratiedataset*

De verzameling van gegevens die nodig is om de geleverde zorg af te leiden uit de grouper.

j. *(typerende) Diagnose*

De diagnose die de geleverde zorg over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert. De typerende diagnose kan per subtraject verschillen.

k. *Diagnose-behandelcombinatie*

Een diagnose-behandelcombinatie (dbc) is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

l. *Diagnose-combinatietabel*

Een niet-limitatieve opsomming van diagnoses waarvoor geen parallelle dbc-zorgproducten mogen worden gedeclareerd.

m. *Eigen patiënt*

Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

Equivalenten geneesmiddelen

Hiermee worden geneesmiddelen bedoeld met een zelfde werkzame stof en toedieningsvorm die, in therapeutische zin, voor overwegend dezelfde patiëntenpopulatie kunnen worden voorgeschreven en ingezet.

Eigen zorgverlener Zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.

n. *Facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg*

Een overig zorgproduct (ozp) met een vrij tarief, dat door de NZa is vastgesteld op basis van een tussen ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar schriftelijk overeengekomen prestatie voor medisch-specialistische zorg. De facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg kent twee subcategorieën: de add-on facultatieve prestatie en de losse facultatieve prestatie.

o. *Gereguleerd segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven vaststelt.

p. *Grouper*

Een applicatie in een beveiligde omgeving die op basis van een aangeleverde declaratiedataset dbc-zorgproducten en add-ons, met uitzondering van add-ongeneesmiddelen, afleidt conform de door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen.

q. *Hoofdbehandelaar*

Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor het uit te voeren beleid ten aanzien van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.



r. *Hoofddiagnose ICD-10*

De ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.

s. *ICD-10*

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses waarmee de zorgaanbieder alle ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig kan registreren.

t. *Instelling*

Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent of doet verlenen, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, of een natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen, met uitzondering van een instelling die binnen het kader van de binnen een andere instelling verleende zorg een deel van die zorg verleent.

u. *Integraal tarief*

Tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgverlener in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie.

v. *Kostendrager*

Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

w. *Macrokader medisch-specialistische zorg*

Financieel kader vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). VWS stelt jaarlijks één integraal macrokader vast voor zorgverleners van medisch-specialistische zorg.

x. *Maximumtarief*

Bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, dat ten hoogste als tarief voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.

y. *Medisch-specialistische zorg*

Bij ministeriële regeling aangewezen zorg die door een arts wordt verleend en valt binnen de bijzondere deskundigheid van artsen aan wie de bevoegdheid toekomt tot het voeren van een wettelijk erkende specialistentitel als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, met inbegrip van gespecialiseerde mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg.

z. *Onderlinge dienstverlening*

Het leveren van zorg als (onderdeel van een) dbc-zorgproduct door één of meerdere zorgaanbieders (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar.

aa. *Ondersteunend specialist*

Een specialist die niet als poortspecialist fungeert en die medisch-specialistische zorghandelingen uitvoert in het kader van een zorgtraject van een poortspecialist. Een ondersteunend specialist heeft dus geen eigen zorgtraject.

Als ondersteunende specialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: radiologie (0362), nucleaire geneeskunde (0363), klinische chemie (0386), medische microbiologie (0387), pathologie (0388), anesthesiologie (0389) en klinische genetica (0390).

In bepaalde gevallen kan een ondersteunend specialist wel de poortfunctie uitvoeren en is er sprake van een eigen zorgtraject. Dit geldt voor: een interventie-radioloog (0362), een anesthesist als pijnbestrijder (0389) en een klinisch geneticus (0390).

bb. *Onverzekerde zorg*

Zorg die niet behoort tot de te verzekeren prestaties bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

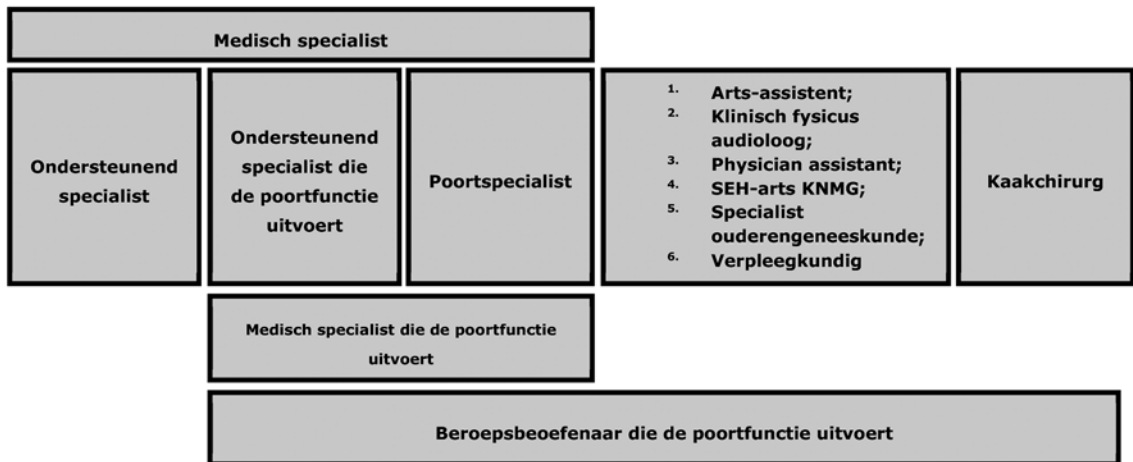
cc. *Overig zorgproduct (ozp)*

Een prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn onderverdeeld in vijf hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, overige verrichtingen en facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg.

dd. *Poortfunctie*

Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg mag starten. De poortfunctie mag uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390). Daarnaast mag de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technoloog.

Figuur 1 Overzicht beroepsbeoefenaren



Bron: NZa

ee. *Poortspecialist*

De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatologie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde (8416).

ff. *Prestatie*

Prestatiebeschrijving als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder d, van de Wmg.

gg. *Solist*

Solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch-specialistische zorg verleent.

hh. *Specialist ouderengeneeskunde*

De zorgaanbieder die als specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de 'Huisarts en Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratiecommissie' (HVRC).

ii. *Subtraject*

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten.

jj. *Typeringslijst*

Overzicht per medisch specialisme of type van zorg waarop de voor het betreffende specialisme (type van zorg) toegestane componenten binnen de dbc-registratie zijn weergegeven.

kk. *Uitvalproduct*

Een combinatie van subtraject en zorgactiviteiten die niet leidt tot een declarabel dbc-zorgproduct.

ll. *Vervallen*

mm. *Verzekerde zorg*

Zorg die behoort tot de te verzekeren prestaties bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

nn. *Vrij segment*

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa geen tarieven vaststelt.

oo. *Vrij tarief*

Tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg, dat voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.

pp. *Weefactor*

Factor om ongewogen behandeltijd om te zetten naar gewogen behandeltijd.

qq. *Zorgaanbieder*

Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van de Wmg.

rr. *Zorgactiviteit*

De bouwstenen van het dbc-zorgproduct die gezamenlijk het profiel van een dbc-zorgproduct vormen. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk dbc-zorgproduct mag worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

ss. *Zorgproduct*



Een aanduiding van prestaties binnen de medisch-specialistische zorg. Zorgproducten zijn onderverdeeld in dbc-zorgproducten en overige zorgproducten.

tt. *Zorgprofiel*

Alle geregistreerde zorgactiviteiten binnen een dbc-zorgproduct.

uu. *Zorgtraject*

Het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele subtrajecten.

ww. *Zorgverlener*

Instelling of solist.

Artikel 2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheden ten aanzien van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden. Doel van dit beleid is het bewerkstelligen van een evenwichtige set prestaties en tarieven voor deze categorieën van zorg, waarmee de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van die zorg wordt geborgd.

Artikel 3. Reikwijdte

1. Deze beleidsregel is van toepassing op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv), voor zover deze omvat:
 - zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden,
 - zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a Bzv,
 - geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c Bzv.
2. Deze beleidsregel is voorts van toepassing op mondzorg als bedoeld in artikel 2.7 Bzv, voor zover deze wordt geleverd door kaakchirurgen.
3. Onder de zorg genoemd in het eerste en tweede lid wordt in het kader van deze beleidsregel zowel verzekerde als onverzekerde zorg begrepen.
4. Deze beleidsregel is niet van toepassing op abortuszorg, voor zover geleverd door abortusklinieken.

HOOFDSTUK I PRESTATIES

Artikel 4. Prestatiebeschrijvingen

Prestaties binnen de medisch-specialistische zorg worden door de NZa – in beginsel jaarlijks – vastgesteld in de ‘Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg’. Prestaties worden onderscheiden in dbc-zorgproducten en overige zorgproducten.

Artikel 5. Dbc-zorgproducten

1. De NZa verdeelt de zorg in zorgactiviteiten. Iedere zorgactiviteit wordt voorzien van een unieke zorgactiviteitcode en is enkelzijdig omschreven.
2. Alle geldende zorgactiviteiten worden vermeld in de zorgactiviteiten tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/>). Bij de toepassing van bepaalde zorgactiviteiten gelden registratieregels. Deze registratieregels zijn opgenomen in de Regeling medisch-specialistische zorg.
4. Bij de afleiding naar een dbc-zorgproduct kan een weegfactor van toepassing zijn. Door een weegfactor wordt in de afleiding een zwaarte toegekend aan een zorgactiviteit. Dit bepaalt mede naar welk dbc-zorgproduct wordt afgeleid.
5. Een dbc-zorgproduct omvat het geheel van zorgactiviteiten van een zorgverlener in het kader van de zorgvraag van de patiënt. De dbc-zorgproducten zijn weergegeven in de zorgproducten tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/>).
6. De NZa stelt in de beslisboom vast welke zorgactiviteiten, die geregistreerd zijn binnen een subtraject, afleiden tot een prestatie en welk dbc-zorgproduct mag worden gedeclareerd.
7. Dbc-zorgproducten worden onderverdeeld in verschillende dbc-zorgproductgroepen op basis van de hoofdstukken en subhoofdstukken van de ICD-10. Elke zorgproductgroep heeft een eigen beslisboom voor de afleiding tot dbc-zorgproducten.
8. Zolang zorg niet in te delen is op basis van de ICD-10-hoofdstukken, kan deze zorg worden ingedeeld in Pre-MDC zorgproductgroepen.
9. Ieder dbc-zorgproduct krijgt een dbc-zorgproductcode met negen posities, samengesteld uit de dbc-zorgproductgroepcode (zes posities) en een code voor het specifieke dbc-zorgproduct binnen de dbc-zorgproductgroep (drie posities).
10. Aan elke dbc-zorgproductcode wordt een declaratiecode verbonden die binnen het gereguleerde



segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities aangeven:

- of er sprake is van zorg binnen het gereguleerde of vrije segment;
- of aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering van toepassing is.

Zie tabel 1 voor een verdeling van de eerste twee posities van de declaratiecode.

Tabel 1: Declaratiecode

	Gereguleerd segment	Vrij segment
Aanspraak vanuit Basisverzekering	14xxxx	15xxxx
Geen aanspraak basisverzekering	16xxxx	17xxxx
Onder voorwaarden aanspraak basisverzekering	14xxxx/16xxxx	15xxxx/17xxxx

10. Bij één declaratiecode kunnen (onder een eventueel maximumtarief) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder meerdere prijsafspraken worden gemaakt (prijsdifferentiatie).
11. Alle dbc-zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg' en omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. De door de NZa vastgestelde dbc-zorgproducten zijn weergegeven in de zorgproducten tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/>).

Artikel 6. Subtraject

1. Een gestart zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten die leiden tot een declarabel dbc-zorgproduct of een uitvalproduct (niet-declarabel product).
2. Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de prestatiebeschrijving wordt een subtraject onderscheiden op basis van een drietal componenten:
 - a) Zorgtype
De volgende zorgtypes worden onderscheiden:
 - ZT11: het eerste subtraject binnen een zorgtraject.
 - ZT21: alle volgende subtrajecten binnen een zorgtraject na afsluiting van zorgtype 11.
 - ZT13: subtraject bij een intercollegiaal consult (icc). Subtrajecten met zorgtype 13 vormen tevens een zorgtraject.
 - ZT51: subtraject voor opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ZT52: subtraject voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
 - ZT41: subtraject voor een overig zorgproduct uit de subcategorie medisch specialistische behandeling en diagnostiek.
 - b) Zorgvraag
Bij de volgende specialismen speelt de component zorgvraag een rol bij het typeren van een subtraject:
 - plastische chirurgie;
 - kindergeneeskunde/neonatologie;
 - neurologie;
 - revalidatiegeneeskunde;
 - consultatieve psychiatrie, en
 - radiotherapie.Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijsten.
 - c) Diagnose
De diagnose geeft weer hoe de geleverde zorg binnen een subtraject het best wordt getypeerd.
3. De diagnosecodes zijn opgenomen in de typeringslijsten per specialisme (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/>).

Artikel 7. Overige zorgproducten

1. De prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten, worden overige zorgproducten genoemd.
2. Overige zorgproducten bestaan uit vijf hoofdcategorieën. Iedere hoofdcategorie is onderverdeeld in subcategorieën. In tabel 2 is een overzicht opgenomen.



Tabel 2: Onderverdeling overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
1. Supplementaire producten	Add-ongeneesmiddelen
	Overig traject
	Add-on ic
	Ozp-stollingsfactoren
	Add-on overig
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinische chemie en haematologie
	Microbiologisch onderzoek en Parasitologie
	Overige laboratorium verrichtingen
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Medisch-specialistische behandeling en diagnostiek
	Pathologie
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Diëtetiek
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg
	Bijzondere oogheekunde
	Bijzondere tandheekunde
	Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering
	Medisch-specialistische beademingszorg
	Onderlinge dienstverlening
	Pathologie
	Planningsvergelijking protonen- en fotonentherapie
	Prenatale screening
	Regiefunctie complexe wondzorg
	Reiskosten
	SCEN-consultatie
Trombosezorg	
Verpleging in thuissituatie	
5. Facultatieve prestaties msz	Add-on facultatieve prestatie

Hoofdcategorie	Subcategorie/inhoud
	Losse facultatieve prestatie

3. Facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg vormen een aparte hoofdcategorie binnen het cluster overige zorgproducten. Deze hoofdcategorie valt uiteen in twee subcategorieën: a) de add-on facultatieve prestatie en b) de losse facultatieve prestatie.
Facultatieve prestaties die behoren tot subcategorie a maken deel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct, maar worden separaat gedeclareerd. Bij add-on facultatieve prestaties is dus altijd sprake van een relatie met een zorgtraject, resp. dbc-zorgproduct. Een add-on facultatieve prestatie mag tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en 'eerder dan declaratie van het dbc-zorgproduct' in rekening worden gebracht.
Facultatieve prestaties die behoren tot subcategorie b worden eveneens los gedeclareerd, maar maken géén onderdeel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct.
Qua inhoud kunnen facultatieve prestaties msz, ongeacht tot welke subcategorie zij behoren, betrekking hebben op alle zorg die onder de reikwijdte van deze beleidsregel valt, met uitzondering van de supplementaire producten 'add-on geneesmiddelen' en 'ozp-stollingsfactoren'. De inhoud van de facultatieve prestatie wordt in eerste instantie bepaald door de partijen die hiertoe een aanvraag bij de NZa indienen. De procedure en voorwaarden die gelden bij het indienen van een aanvraag voor een facultatieve prestatie msz zijn vastgelegd in artikel 12 van deze beleidsregel.
4. Alle overige zorgproducten en daarbij behorende voorschriften, voorwaarden en beperkingen worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg' en omschreven in de Regeling medisch-specialistische zorg. De door de NZa vastgestelde overige zorgproducten zijn weergegeven in de tarieven tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/l>).

Artikel 7a. Beschrijvingen van overige zorgproducten

1. De hoofdcategorie supplementaire producten bestaat uit overige zorgproducten die zowel los als additioneel bij een dbc-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden.
 - a. Add-ons ic zijn overige zorgproducten voor de intensive care zorg, uitgedrukt in zorgactiviteiten. De volgende zorgtypes worden onderscheiden voor de add-ons ic:
Zorgtype 51: zorgtrajecten voor opname op de ic en voor ic intercollegiaal consult buiten de ic met een bijbehorende behandeling door een poortspecialist. De add-on ic is gekoppeld aan het dbc-zorgproduct van deze poortspecialist.
Zorgtype 52: zorgtrajecten voor opname op de ic zonder een bijbehorende behandeling door een poortspecialist.
Het tarief voor de ic-dag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op ic-patiënten die behandeld worden op de ic.
 - b. Een add-ongeneesmiddel is een overig zorgproduct, dat is gekoppeld aan een ZI-nummer en behoort bij een zorgtraject. In hoofdstuk II van deze beleidsregel wordt het beleid met betrekking tot add-ongeneesmiddelen uiteen gezet.
 - c. Een ozp-stollingsfactor is een overig zorgproduct, dat is gekoppeld aan een ZI-nummer. In hoofdstuk II van deze beleidsregel wordt het beleid met betrekking tot ozp-stollingsfactoren uiteen gezet.
 - d. Een overig traject is een overig zorgproduct voor aaneengesloten trajecten, uitgedrukt per dag, die in plaats van een reguliere verpleegdag en naast een dbc-zorgproduct gedeclareerd mag worden.
 - e. Add-ons overig zijn overige zorgproducten, waarbij het wenselijk is om de relatie tussen het overig zorgproduct en het dbc-zorgproduct aan te tonen.
2. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie eerstelijnsdiagnostiek worden uitgedrukt in (diagnostische) prestaties die los gedeclareerd worden.
3. Overige zorgproducten uit de hoofdcategorie paramedische behandeling en onderzoek worden uitgedrukt in prestaties die los gedeclareerd worden.
4. Een overig zorgproduct uit de hoofdcategorie overige verrichtingen wordt uitgedrukt in een prestatie die los gedeclareerd worden.
 - a. De prestaties mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie zijn ingedeeld in negen medisch inhoudelijke productgroepen, te weten:
 - I. Consultatie
 - II. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties
 - III. Dentoalveolaire chirurgie
 - IV. Kaakgewrichtspathologie
 - V. Preprothetische chirurgie
 - VI. Traumatologie
 - VII. Oncologie/reconstructie
 - VIII. Chirurgie



- Harde weefsels/Orthognathie
- Weke delen
- Speekselklierchirurgie
- Aangezichts- en cosmetische chirurgie

IX. Kostenvergoedingen

In Bijlage 3 van de Regeling medisch-specialistische zorg is per prestatie weergegeven tot welke productgroep de prestatie behoort.

- b. Verrichtingen bijzondere tandheelkunde (199800 t/m 199802)
Instellingen voor medisch-specialistische zorg, waarin tenminste 1,0 fte tandartsen in de functie van bijzondere tandheelkunde werkzaam zijn, kunnen een individueel stoeluurtarief aanvragen bij de NZa (prestatie 199800). Dit verzoek dient mede ondertekend te zijn door de betrokken zorgverzekeraars.
De rekenorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor kleinere instellingen ($1,0 \leq \text{fte tandarts} < 2,0$) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.
- c. De rekenorm is minimaal 1.106 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte tandarts) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele stoeluren per werkdag.
Voor de onderbouwing van het gezamenlijk aangevraagde individuele stoeluurtarief bijzondere tandheelkunde, dient de berekeningssystematiek aangehouden te worden zoals vermeld in de Beleidsregel Bijzondere tandheelkunde instellingen.

Artikel 8. Onderlinge dienstverlening

1. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een dbc-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.
2. Alle denkbare (delen van) dbc-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

HOOFDSTUK II PROCEDURE DBC-PRODUCTSTRUCTUUR EN OVERIGE ZORGPRODUCTEN

Artikel 9. Algemeen

1. De procedure omtrent wijzigingen van de dbc-productstructuur en overige zorgproducten staat beschreven in de Beleidsregel toetsingskader dbc-systeem.
2. Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere procedure, die is beschreven in de artikelen 10 tot en met 11 van deze beleidsregel.

Artikel 10. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) die als overige zorgproducten in rekening worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het geneesmiddel zoals opgenomen in de G-standaard.
2. Voor de vaststelling van een geneesmiddel als 'add-ongeneesmiddel' of 'ozp-stollingsfactor' hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:
Bij een geregistreerd geneesmiddel:
 - De kosten van het geregistreerde geneesmiddel, die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen, bedragen gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar, en
 - Voor het geneesmiddel is een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit. De NZa dient te beschikken over de openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel, en
 - Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van Z-index.Of
Bij een apotheekbereiding:
 - Het betreft een apotheekbereiding waarbij de apotheek op basis van grondstoffen een geneesmiddel bereidt; en
 - De kosten voor de apotheekbereiding die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen, gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar bedragen of waarvan voor een geregistreerd equivalent een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor geldig is. Onder 'kosten' wordt hier verstaan: de kosten die onderdeel zijn van de kostprijs zoals beschreven in artikel 15 lid 2 van deze beleidsregel, en
 - De apotheekbereiding is opgenomen in de G-standaard van Z-index.



3. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum dat de handelsvergunning bedoeld in het tweede lid is ingetrokken. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.
4. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

Artikel 11. Procedure tot vaststelling, wijziging of intrekking van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor

1. De NZa besluit voor welke geneesmiddelen (geregistreerde geneesmiddelen of apotheekbereidingen) een add-on of een ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, gewijzigd of ingetrokken. Zo'n besluit kan op twee manieren tot stand komen:
 - op aanvraag (via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar);
 - ambtshalve.
2. Vaststelling van een add-ongeneesmiddel en ozp-stollingsfactor gebeurt op het niveau van;
 - het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard, in het geval van een geregistreerd geneesmiddel, of
 - de combinatie van werkzame stof en toedieningsvorm zoals opgenomen in de G-standaard, in het geval van een apotheekbereiding.
3. De NZa neemt een aanvraag voor een add-ongeneesmiddel, of ozp-stollingsfactor, slechts in behandeling indien aan de volgende vereisten is voldaan:
 - De aanvraag is tweezijdig: tenminste één zorgaanbieder en tenminste één zorgverzekeraar hebben de aanvraag ondertekend en ingediend, en;
 - De aanvraag is gedaan met behulp van het 'Formulier aanvraag add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor', of 'Formulier intrekking add-ongeneesmiddel/ozp-stollingsfactor'. Het formulier dient volledig en naar waarheid te zijn ingevuld.
4. Voor geregistreerde geneesmiddelen met dezelfde stofnaam, farmaceutische vorm en sterkte (zelfde GPK-niveau) is geen aanvraag vereist. Deze geneesmiddelen verkrijgen automatisch, via een ambtshalve door de NZa vast te stellen besluit, de status van add-ongeneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor.
5. Vanaf het moment dat er een positieve opinie is afgegeven door de Committee for medicinal products for human use (CHMP) mag een aanvraag tot vaststelling van een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor, voor een nog te registreren geneesmiddel, worden ingediend. Indien nog geen handelsvergunning is afgegeven, dient aanvullend het bewijs van positieve opinie te worden ingediend. De NZa houdt in zo'n geval het besluit over een ingediende aanvraag aan tot het moment dat voor het geneesmiddel een handelsvergunning is afgegeven. Een aanvraag is niet compleet (onvolledig), indien de NZa geen openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel heeft ontvangen.
6. Na ontvangst van de aanvraag stelt de NZa gedurende een termijn van twee weken de volgende partijen in de gelegenheid een schriftelijke zienswijze in te dienen:
 - vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN en Actiz) en zorgverzekeraars (ZN);
 - de registratiehouder (fabrikant) van het geneesmiddel waar de aanvraag betrekking op heeft; of in het geval van een apotheekbereiding de registratiehouder (fabrikant) van het geregistreerde equivalent van de apotheekbereiding, indien zo'n equivalent bestaat.
7. De NZa betreft de zienswijzen bedoeld in het vorige lid bij haar besluitvorming.
8. De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag als bedoeld in het derde lid een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
9. Het besluit bedoeld in het vorige lid is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg.
10. Het besluit bedoeld in het achtste lid wordt gepubliceerd op de website van de NZa. Van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt schriftelijk verstuurd aan de aanvragende partijen. In de G-standaard komt tot uiting voor welke geneesmiddelen een add-on en ozp-stollingsfactor is vastgesteld.
11. Een besluit bedoeld in het achtste lid treedt niet eerder in werking dan de datum waarop Z-Index het betreffende add-ongeneesmiddel of de ozp-stollingsfactor, voorzien van het tarief, heeft opgenomen in de G-standaard en deze gewijzigde versie van de G-standaard heeft gepubliceerd.
12. Bij een besluit tot intrekking van een add-on-geneesmiddel of ozp-stollingsfactor, is de datum van inwerkingtreding 1 januari van jaar t, mits de aanvraag tot intrekking uiterlijk 31 maart van jaar t-1 is ingediend. Wordt de aanvraag tot intrekking na 31 maart van jaar t-1 ingediend, dan schuift de datum van inwerkingtreding door naar 1 januari van jaar t+2.
13. De omstandigheid dat voor een geneesmiddel een add-on of ozp-stollingsfactor is vastgesteld, wil



niet zeggen dat daarmee ook een duiding is vastgesteld omtrent de aanspraak, c.q. het recht op vergoeding ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 12. Aanvraagprocedure facultatieve prestatie msz

1. Een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg (msz) wordt aangevraagd via een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar.
2. De aanvraag wordt ingediend met gebruikmaking van het 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie msz'. De NZa stelt dit formulier beschikbaar via haar website.
3. Het formulier wordt volledig ingevuld en ondertekend. Wanneer een formulier niet volledig is ingevuld, of andere indieningsgebreken heeft, stelt de NZa de aanvragers in de gelegenheid om binnen een termijn van twee weken het gebrek in de aanvraag te herstellen. De NZa kan deze termijn ten hoogste twee keer verlengen met twee weken. Wanneer na het verstrijken van deze termijn het gebrek niet is hersteld, kan de NZa besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.
4. Na ontvangst van een volledige aanvraag neemt de NZa een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld.
5. Het besluit wordt digitaal (per e-mail) verzonden. Op verzoek van de aanvragers wordt het besluit ook schriftelijk (per post) verzonden.
Het besluit wordt gepubliceerd op de website van de NZa en van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.
6. De facultatieve prestatie kan na vaststelling en inwerkingtreding worden gebruikt door alle zorgaanbieders die onder de reikwijdte van de Regeling medisch-specialistische zorg vallen, mits zij voldoen aan het in deze regeling opgenomen contractvereiste in relatie tot de facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg.
7. Het besluit waarmee de facultatieve prestatie wordt vastgesteld, wordt door de NZa verwerkt in het eerst mogelijke msz-releasepakket volgend op de datum van inwerkingtreding van dat besluit. Op de datum waarop dit releasepakket in werking treedt, vervalt het in de vorige zin genoemde besluit.

Artikel 12a. Voorwaarden voor indiening en goedkeuring facultatieve prestatie msz

1. Een aanvraag voor een facultatieve prestatie voldoet aan de volgende voorwaarden (of aan deze voorwaarden is voldaan, blijkt uit de beantwoording van de vragen in het 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie msz'):
 - De inhoud van de prestatie is duidelijk omschreven. In ieder geval blijkt uit de omschrijving waar de prestatie zorginhoudelijk betrekking op heeft.
 - Wanneer blijkt dat de zorg waarop de beoogde facultatieve prestatie betrekking heeft ook in rekening kan worden gebracht door middel van een reeds bestaande prestatie (dbc-zorgproduct of ozp), geven de aanvragers een nadere onderbouwing waarom een facultatieve prestatie desondanks noodzakelijk is en/of toegevoegde waarde heeft.
 - De aanvragers geven aan of de aanvraag betrekking heeft op een add-on facultatieve prestatie, of op een losse facultatieve prestatie als bedoeld in artikel 7, lid 3, van deze beleidsregel.
 - De aanvragers geven aan of de facultatieve prestatie behoort tot de te verzekeren prestaties waarop bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak bestaat, d.w.z. of de facultatieve prestatie betrekking heeft op verzekerde zorg. Indien sprake is van aanspraakbeperkingen, of wanneer de facultatieve prestatie in zijn geheel betrekking heeft op onverzekerde zorg, doen de aanvragers daarvan mededeling bij de aanvraag.
 - De aanvragers geven aan of er bestaande prestaties (dbc-zorgproducten of overige zorgproducten) zijn die niet in combinatie met de facultatieve prestatie in rekening kunnen worden gebracht en zo ja, welke prestaties dit zijn.
 - De aanvragers geven aan of zij verwachten dat door de komst van de facultatieve prestatie een landelijke verschuiving plaatsvindt van (gedeclareerde) dbc-zorgproducten naar (gedeclareerde) ozp's. Zo ja, dan geven de aanvragers ook aan of zij verwachten dat de daarmee gemoeide geldbedragen op macroniveau (landelijk) meer dan € 1 miljoen op jaarbasis bedragen.
 - De aanvragers verklaren dat declaratie van de facultatieve prestatie herleidbaar is tot het niveau van de individuele verzekerde.
2. De NZa onthoudt, met inachtneming van artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht, goedkeuring aan de aanvraag, indien:
 - a. deze niet in overeenstemming is met een of meer voorwaarden genoemd in het eerste lid;
 - b. deze uitsluitend of hoofdzakelijk is ingediend met het oogmerk om de reguliere bekostiging waarvoor een maximumtarief geldt, te omzeilen;
 - c. zich een van de afwijzingsgronden genoemd in artikel 55, tweede lid, onder a en b, van de Wmg voordoen.



HOOFDSTUK III TARIEVEN

Artikel 13. *Tariefopbouw en tariefsoorten*

1. Het tarief voor een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.
2. Dbc-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten:
 - a. Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximum tarieven.
 - b. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.In de zorgproducten tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/>) is een overzicht opgenomen van de dbc-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.
3. In het algemeen behoren de overige zorgproducten tot het gereguleerde segment. Uitzondering hierop vormen de volgende overige zorgproducten die tot het vrije segment behoren en derhalve een vrij tarief kennen:
 - eerstelijnsdiagnostiek;
 - diëtetiek;
 - fysiotherapie;
 - oefentherapie;
 - ergotherapie;
 - logopedie;
 - bijbetaling aandeel onverzekerde zorg;
 - endobronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
 - plaatsen van intrabronchiaal eenrichtingsventiel voor persisterend luchtlek;
 - facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg.
4. Over de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment kunnen zorgverzekeraars en zorgverleners vrij onderhandelen over het tarief tot een door de NZa vastgesteld maximum. Deze maximumtarieven voor prestaties in het gereguleerde segment (met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, ozp-stollingsfactoren, rijbewijskeuringen en een beperkt aantal prestaties waarvan de tarieven worden overgenomen uit de eerstelijnszorg), kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking mag aan ieder in rekening worden gebracht.

Een max-max tarief mag alleen in rekening worden gebracht aan:

 - de ziektekostenverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie; of
 - de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig maximumtarief schriftelijk is overeengekomen voor de in rekening te brengen prestatie.

Het in rekening te brengen maximale tarief is de som van het maximumtarief en indien daarvoor in aanmerking gekomen wordt, de mogelijkheid als omschreven in dit artikel.
5. Van de dbc-zorgproducten die vallen onder het vrije segment is de prijs vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.
6. Tabel 3 geeft schematisch de tariefsoort per soort prestatie weer.

Tabel 3. Tariefsoort per soort prestatie

Soort prestatie	Tariefsoort integraal tarief
Dbc-zorgproduct gereguleerd segment	Maximum
Dbc-zorgproduct vrije segment	Vrij
Supplementair product: Add-on ic	Maximum
Supplementair product: Add-ongeneesmiddelen	Maximum
Supplementair product: Overige trajecten	Maximum
Supplementair product: ozp-stollingsfactoren	Maximum
Supplementair product: add-on overig	Maximum of vrij
Eerstelijnsdiagnostiek	vrij
Paramedische behandeling en onderzoek	Maximum of vrij
Overige verrichtingen	Maximum of vrij

Artikel 14. *Tariefberekening*

1. Het integrale tarief is een optelsom van het kostentarief en het honorariumtarief, inclusief indexatie.

2. De totstandkoming van de tarieven volgens het NZa kostprijsmodel is beschreven in bijlage 1 van deze beleidsregel.
3. Tarieven kunnen aangepast worden op basis van het kostprijsmodel medisch-specialistische zorg. Voor een aantal producten vindt de tariefberekening in de eerste lijn plaats. Voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren geldt een bijzondere tariefbepaling. Voor de volgende overige zorgproducten wordt aangesloten bij de tarieven voor de eerstelijnszorg:
 - a. Prenatale screening (037510, 037512, 037514 en 037516) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';
 - b. SCEN-consultatie (130001) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';
 - c. Wijkverpleging (190288, 190289) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen';
 - d. Mondzorg (195005, 239472, 239275) uit de categorie 'ozp overige verrichtingen'.

Artikel 15. Tarief add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg en worden met inachtneming van de volgende criteria vastgesteld:
 - a. De NZa stelt één keer per jaar (in april van jaar t) de tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren vast zoals deze met ingang van 1 januari van jaar t+1 zullen gelden.
 - b. De hoogte van deze tarieven wordt vastgesteld op basis van de lijstprijzen (Apotheekinkoop-prijzen, AIP) zoals opgenomen in de G-standaard. De peildatum voor de tarieven van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die gelden in jaar t zijn de lijstprijzen van 1 april van jaar t-1.
 - c. Voor geneesmiddelen waarvoor de NZa lopende het jaar op aanvraag of ambtshalve een add-on of ozp-stollingsfactor vaststelt, wordt – voor de bepaling van de hoogte van het bijbehorende tarief – aangesloten bij de meest recente lijstprijs uit de G-standaard.
 - d. In de beschikking waarin voor een geneesmiddel als bedoeld onder c een add-on of ozp-stollingsfactor wordt vastgesteld, wordt opgenomen dat het in die beschikking genoemde tarief jaarlijks opnieuw zal worden vastgesteld op de wijze zoals beschreven onder b.
 - Voor beschikkingen die in de maanden april tot en met december (jaar t) worden afgegeven, betekent dit dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van het daarop volgende jaar (t+1). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+2 in rekening mag worden gebracht.
 - Voor beschikkingen die in de maanden januari tot en met maart (jaar t) worden afgegeven, geldt dat de eerste hernieuwde vaststelling plaatsvindt op 1 april van datzelfde jaar (jaar t). Deze hernieuwde vaststelling bepaalt het maximumtarief dat met ingang van 1 januari van jaar t+1 in rekening mag worden gebracht.
 - e. De tarieven voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn inclusief BTW.
2. In afwijking van het gestelde in lid 1 geldt voor add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren voor apotheekbereidingen dat:
 - a. de NZa het maximumtarief baseert op een door de aanvragers aangeleverde kostprijs.
 - b. deze kostprijs is opgebouwd uit de kostencomponenten zoals opgenomen in het format 'kostprijsonderbouwing dure apotheekbereiding'. Dit format en bijbehorende bestuursverklaring maken deel uit van het 'formulier aanvraag add-on geneesmiddelen/ozp-stollingsfactoren'.
 - c. bij de vaststelling van de add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren de NZa ook het bijbehorende maximumtarief vaststelt. Hiervoor wordt de kostprijsonderbouwing, hierboven genoemd bij onderdeel a en b, als uitgangspunt genomen.
 - d. de tarieven na vaststelling periodiek worden herijkt op basis van de jaarlijkse kostprijsaanlevering zoals beschreven in bijlage 1 van deze beleidsregel.
 - e. gedurende de periode waarin volgens de geldende regelgeving nog geen kostprijs voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor aangeleverd hoeft te worden, worden de tarieven geïndexeerd.
3. Indien het door de NZa vastgestelde tarief voor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor hoger is dan de maximumprijs die in het kader van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) is vastgesteld, dan geldt de WGP maximumprijs als maximumtarief voor dat add-ongeneesmiddel, respectievelijk die ozp-stollingsfactor.

HOOFDSTUK IV POSITIE VAN SOLISTEN

Artikel 16. Criteria solist

1. Een medisch specialist (of kaakchirurg) wordt als solist, respectievelijk solopraktijk, beschouwd, indien en voor zover aan de navolgende voorwaarden is voldaan:
 - a. Men is daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat houdt in: dit verband in: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteu-



- nende medewerkers, niet zijnde beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG.
- b. In aanvulling op de vorige voorwaarde geldt dat geen sprake is van 'solistisch werkzaam zijn', indien een medisch specialist (of kaakchirurg) zorg levert met gebruikmaking, respectievelijk ondersteuning, van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de wet BIG – al dan niet tegen betaling – dat in dienst is van, of dat handelt in opdracht van, dan wel dat op andere wijze handelt namens een andere zorgaanbieder (zoals een instelling).
 - c. De werkzaamheden van de medisch specialist (of kaakchirurg):
 - hebben betrekking op de beroepsmatige levering van zorg;
 - worden niet verricht in dienst van, in opdracht van, of namens een andere zorgaanbieder (solist of instelling);
 - worden niet verricht door een organisatievorm die valt onder definitie van het begrip 'instelling' als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza);
 - worden volledig voor eigen rekening en risico verricht.
 2. De NZa geeft individuele tariefbeschikkingen af aan solisten op grond waarvan solisten daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde dbc-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening kunnen brengen. De solist dient daartoe een aanvraag bij de NZa in middels een door de NZa beschikbaar te stellen aanvraagformulier.
 3. Het aanvraagformulier bedoeld in het tweede lid staat op de website van de NZa gepubliceerd. Alleen volledig ingevulde formulieren worden door de NZa in behandeling genomen.
 4. De NZa houdt een register bij van beschikkinghouders, respectievelijk (geregistreerde) solisten.

HOOFDSTUK V SLOTBEPALINGEN

Artikel 17. Wijzigen prestaties en tarieven met terugwerkende kracht

De NZa kan besluiten om prestaties en tarieven die op grond van deze beleidsregel zijn vastgesteld met terugwerkende kracht te wijzigen, indien zich één of meer van de volgende situaties voordoen:

- de wijzigingen zijn voor veldpartijen voorzienbaar geweest; en/of
- er is sprake van het herstellen van een kennelijke mislag.

Artikel 18. Intrekking voorgaande beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-21106a en met kenmerk BR/REG-22114 ingetrokken.

Artikel 19. Overgangsbepaling

De Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, met kenmerk BR/REG-21106a, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Dit betekent dat voor overlopende dbc-zorgproducten (dbc's gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t) de op het moment van opening van het dbc-zorgproduct geldende beleidsregel van toepassing is. Voor zorgactiviteiten (inclusief overige zorgproducten) zijn de regels leidend die op de uitvoerdatum geldig zijn.

Artikel 20. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2022.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg.



TOELICHTING

Algemeen

In deze beleidsregel worden de bevoegdheden van de NZa concreet uitgewerkt in beleid. Deze beleidsregel bindt om deze redenen alleen de NZa. De NZa maakt hiermee het beleid toetsbaar en transparant voor belanghebbende partijen en verplicht zichzelf te handelen volgens deze regels.

Deze beleidsregel beschrijft de dbc-systematiek binnen de medisch-specialistische zorg. Naast een onderverdeling in producten (dbc-zorgproducten, overige zorgproducten en onderlinge dienstverlening) beschrijft deze beleidsregel ook op hoofdlijnen hoe de NZa tarieven berekent.

Op basis van de uitgangspunten beschreven in deze beleidsregel stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de 'Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg'. In deze beschikking kunnen nadere voorwaarden, voorschriften en beperkingen worden gesteld aan de declaratie van bepaalde prestaties en tarieven.

De Regeling medisch-specialistische zorg beschrijft algemene registratie-, declaratie- en informatieverplichtingen die bindend zijn voor alle aanbieders van medisch-specialistische zorg zoals omschreven in de reikwijdte van deze beleidsregel.

Onderstaande artikelsgewijze toelichting bevat een nadere uitleg van een aantal specifieke artikelen uit deze beleidsregel.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onderdeel c: Onder de term 'apotheekbereiding' vallen binnen deze regeling ook de apotheekbereidingen van Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP's).

Onderdeel m en o: Onder afhandelen wordt ook verstaan het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (niet zijnde een interne overdracht).

Onderdeel v: In het kader van deze beleidsregel worden onder instellingen voor medisch-specialistische zorg instellingen verstaan die geneeskundige zorg leveren zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waartoe in ieder geval behoren: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-instellingen, instellingen voor medisch specialistische revalidatie, radiotherapeutische centra, gespecialiseerde longcentra, dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen. Ook instellingen die geriatrische revalidatiezorg als bedoeld in artikel 2.5c Besluit zorgverzekering (Bzv) of zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a Bzv leveren, vallen onder het instellingsbegrip van dit artikel.

Onderdeel y: VWS stelt voor de geriatrische revalidatiezorg een apart macrokader vast.

Onderdeel gg: Tandarts-specialisten voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten

In sommige gevallen werkt een poortspecialist als ondersteunend specialist (bijvoorbeeld internist die (diagnostische) scapie uitvoert).

Onderdeel xx: Met de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 is het declaratierecht van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten voorbehouden aan twee soorten zorgaanbieders, te weten: instellingen en solisten. In de regels van de NZa worden instellingen en solisten samengevoegd onder de noemer, respectievelijk het verzamelbegrip, 'zorgverlener'.

Artikel 3

In dit artikel is aangegeven welke zorg onder de werkings sfeer van deze beleidsregel valt. Daarmee is de reikwijdte van deze beleidsregel afgebakend. In lijn met de systematiek van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is die reikwijdte functioneel omschreven, dat wil zeggen: niet de aanbieder, maar het type zorg dat de aanbieder levert, is hierbij leidend.



Artikel 5

De zorgactiviteiten, zoals vastgelegd in de zorgactiviteiten tabel (te raadplegen via <https://puc.overheid.nl/nza/>), zijn de bouwstenen van het dbc-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een dbc-zorgproduct. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk dbc-zorgproduct mag worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

Lid 6: Bij de ontwikkeling van de productstructuur is gebleken dat niet alle zorg in te delen is in ICD-10-hoofdstukken. Een aantal dbc-zorgproductgroepen zijn daarom niet ingedeeld op basis van ICD-10. Deze worden ook wel de Pre-MDC-zorgproductgroepen genoemd. Zodra mogelijk zullen de Pre-MDC-zorgproductgroepen ondergebracht worden in de ICD-10-hoofdstukken.

Lid 7: De declaratiecode behorend bij het dbc-zorgproduct staat vermeld in de zorgproductentabel.

Artikel 6

Lid 2 onderdeel b: De component 'zorgvraag' in een subtraject dient niet verward te worden met de zorgvraag van de patiënt.

Lid 2 onderdeel c: De component diagnose wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met de diagnose die de geleverde zorg over de periode van het subtraject het beste typeert. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een gewijzigde diagnose in een lopend subtraject. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Artikel 7a

Lid 1 onderdeel a: Zorgtrajecten met zorgtype 51 en 52 bestaan uit één subtraject. Het zorgtype 51 kan tevens gebruikt worden voor het koppelen van zorgactiviteiten van ondersteuners (zowel anesthesist als poortspecialist in de rol van ondersteuner) aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Lid 4 onderdeel b: In de Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen zijn de prestatiecodes 199800, 199801 en 199802 weergegeven als respectievelijk X731, X611 en X631.

Artikel 10

Lid 2: Een add-on voor een apotheekbereiding wordt niet vastgesteld voor een apotheekbereiding vanuit een handelsproduct (bijvoorbeeld spuitjes die worden bereid vanuit een grotere flacon).

Lid 3: Drie ozp-stollingsfactoren beschikken niet over een in Nederland geldende handelsvergunning. Het betreft Factor X P Behring, Factor VII en Hemoleven Factor XI. Deze stollingsfactoren zijn vóór 2016 door VWS aangewezen als afzonderlijk te declareren ozp. Deze geneesmiddelen hebben de status van ozp-stollingsfactor behouden.

Artikel 11

Lid 3: De formulieren voor het indienen van een aanvraag voor een add-ongeneesmiddel of een ozp-stollingsfactor kunt u vinden op de website van de NZa (www.nza.nl)

Lid 4: De prestatiebeschrijving van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren wordt bij geregistreerde geneesmiddelen gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard. De artikelomschrijving van een geneesmiddel bevat de merknaam, toedieningsvorm en sterkte per eenheid. Als de artikelomschrijving van het consumentenartikel niet wijzigt, is het niet nodig om een aanvraag in te dienen. Dit is het geval in onderstaande situaties:

- De inkoophoeveelheid verandert of wordt toegevoegd in de
- G-standaard (vb. in één verpakking zit niet 1 flacon, maar 2 flacons).
- De fabrikant/leverancier verandert in de G-standaard.
- De verpakking verandert, bijvoorbeeld van kleur.
- Een parallelverpakking wordt toegevoegd in de G-standaard.
- De AIP en/of het maximumtarief verandert.

Artikel 14

Lid 3 onderdeel a: Als gevolg van de invoering van (de counseling over) de 13 weken echo per augustus 2021, is het tarief voor het overig zorgproduct 037521 structureel opgehoogd met € 18,19



(definitief niveau 2021). Dit bedrag wordt eenmalig opgehoogd met € 7,58 vanwege de incidentele nacalculatie van de gemiddelde gemiste opbrengsten in de periode tussen augustus en december 2021. Per 2023 gaat de incidentele opslag af van het tarief en vindt de tariefberekening weer in de eerste lijn plaats. In de eerste lijn is het tarief vanwege de invoering van de counseling over de 13 weken echo reeds per augustus 2021 aangepast en is er daarom geen sprake van een incidentele opslag. Om die reden verschillen de tarieven in de eerste lijn en msz in de periode 1 augustus t/m 31 december 2021 en het jaar 2022.

Artikel 16

In de Regeling medisch-specialistische zorg staan de voorwaarden genoemd waaraan solisten moeten voldoen om daadwerkelijk een integraal tarief voor geleverde dbc-zorgproducten en overige zorgproducten bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening te brengen.



BIJLAGEN

Bijlage 1 Totstandkoming tarieven



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.

Voor de tarieven 2022 is besloten een groot deel van de tarieven enkel te voorzien van een prijsindex. Het kostprijsmodel is voor een aantal zorgproductgroepen (of delen er van) 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 rapport van bevindingen van een 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 drietal 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 2021

Voor 2022 wordt een groot deel van de tarieven enkel geïndexeerd.

1.4 Alternatieve berekeningswijze bij productstructuurwijzigingen 2022

Het enkel indexeren van de tarieven is niet mogelijk voor producten die wijzigen per 2022 als gevolg van wijzigingen in de productstructuur en/of registratieregels. Voor zorgproducten die zijn gewijzigd per 2022 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 en 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, 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 2022 tarieven is, daar waar herijkt wordt op basis van kostprijzen net als voor de releases vanaf de RZ16a, in de tariefberekening het gewogen gemiddelde toegepast. Hiermee wordt geborgd dat de totale verwachte omzet aansluit bij de aangeleverde kosten 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

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



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. De VGREV is in de tarieven 2021 herijkt. Op basis van dit model heeft de NZa een algemeen vergoedingspercentage bepaald van 1,60%. Voor de zorgproductgroep complex chronisch longfalen (ZPG 990022) is het percentage vastgesteld op 2,75%. De tarieven worden met dit percentage opgehoogd. De VGREV wordt periodiek herijkt.

1.7 Kosten zwevende verrichtingen

In de regeling "registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg" hebben we expliciet opgenomen dat de kosten van zwevende verrichtingen niet in de kostprijzen meegerekend mogen worden. Zwevende verrichtingen zijn zorgactiviteiten die wel geregistreerd en uitgevoerd zijn, maar die niet gekoppeld zijn aan een dbc-zorgproduct. Om er voor te zorgen dat de kosten van deze verrichtingen wel landen in de tarieven van de dbc-zorgproducten, nemen we vanaf 2021 een opslag op in de tarieven voor dbc-zorgproducten 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 de dbc-zorgproducten zoals instellingen die in de kostprijsaanlevering hebben aangeleverd. Deze opslag wordt periodiek herijkt. Voor de tarieven 2022 geldt een opslag van 0,98%.

1.8 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.

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 normaliter gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP). In verband met een door het demissionaire kabinet toegezegde loonsverhoging voor het zorgpersoneel, heeft het Ministerie van VWS de NZa verzocht voor het kalenderjaar 2022 eenmalig de index te baseren op cijfers uit de Macro Economische Verkenningen (MEV), van het Centraal Plan Bureau.

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: $[2/3 * A + 1/3 * B - 1]$.

Tabel 1. 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
Prijsindex 2017	1,0192
Prijsindex 2018	1,0287



Naam	Index
Prijsindex 2019	1,0375
Prijsindex 2020	1,0174
Prijsindex 2021	1,0342
Prijsindex 2022	1,0238

Uitzonderingen hierop vormen de add-ongeneesmiddelen, ozp-stollingsfactoren en een aantal overige zorgproducten waarvan de maximumtarieven worden overgenomen van tariefbeschikkingen voor eerstelijnszorg.

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