



Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg – BR/REG-23152, Nederlandse Zorgautoriteit

Vastgesteld op 11 april 2023

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Artikel 1. Reikwijdte

1. Deze beleidsregel is van toepassing op medisch-specialistische zorg, voor zo ver geleverd door een van de hieronder genoemde categorieën instellingen:
 - a. algemene ziekenhuizen;
 - b. universitaire medische centra;
 - c. zelfstandige behandelcentra;
 - d. instellingen voor revalidatiezorg;
 - e. categorale instellingen voor long/astmazorg;
 - f. huisartsenlaboratoria;
 - g. trombosediensten;
 - h. productiesamenwerkingsverbanden;
 - i. klinisch genetische centra, voor zo ver deze geen deel uitmaken van een universitair medisch centrum;
 - j. protontherapiecentra.
2. Deze beleidsregel is niet van toepassing op zorg die wordt geleverd door:
 - a. categorale instellingen voor epilepsiezorg;
 - b. radiotherapeutische centra;
 - c. dialysecentra;
 - d. audiologische centra;
 - e. instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren en die niet behoren tot een van de instellingscategorieën genoemd in het eerste lid.

Artikel 2. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel geeft inzicht in de wijze waarop de NZa informatie over de kostprijzen vergaart en de wijze waarop zij kostprijzen laat berekenen en aanleveren door instellingen.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

Academische zorg:

Het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. De omschrijving van academische zorg is opgenomen in onderdeel B van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (Stb. 2012, 396).

Accountant:

Een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

Beschikbaarheidsbijdrage:

Bijdrage als genoemd in artikel 56a Wmg.

BBAZ:

Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

Directe kosten:

Alle kosten die worden gemaakt door, of worden toegerekend aan, de organisatiedelen die direct betrokken zijn bij het leveren van een zorgprestatie aan een patiënt. Het betreft derhalve de kosten die in het primaire zorgproces ontstaan, ofwel in de organisatiedelen die in direct contact met de patiënt staan.

Gereguleerd segment:

Het geheel van prestaties waarvoor de NZa maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel c, Wmg, vaststelt.

Incidentele baten / lasten:



Buitengewone baten en lasten welke incidenteel voorkomen. Als incidentele baten en lasten worden aangemerkt de baten en lasten die niet uit de gewone bedrijfsuitvoering van de instelling voortvloeien. Dit geldt ook voor baten en lasten welke aan een ander boekjaar moeten worden toegerekend.

Indirecte kosten:

De kosten die worden gemaakt door, of worden toegerekend aan, organisatiedelen die ondersteunend of voorwaardenscheppend zijn ten behoeve van het primaire proces en die niet direct in contact met de patiënt staan, en kosten die niet direct zijn toe te wijzen aan de levering van een prestatie of verrichting aan een patiënt.

Kostencategorie:

Een specifieke aanduiding van (clusters van) bepaalde kosten.

Kostprijs:

De kosten in verband met het verrichten van bepaalde zorgactiviteiten of zorgproducten waarbij de toerekening plaatsvindt conform het kostprijsmodel als beschreven in deze beleidsregel.

Labelsysteem:

De labelsysteem bestaat uit zeven te onderscheiden patiëntgebonden labels. Per label zijn variabelen bepaald die van toepassing kunnen zijn op een patiënt; valt een patiënt onder een van deze labels, dan is sprake van een topreferente patiënt.

Referentie kostprijs:

De landelijk gemiddelde kostprijzen van de dbc-zorgproducten die gekoppeld zijn aan de topreferente subtrajecten. In de referentie kostprijs zijn de kostprijzen van de huidige ontvangers van de BBAZ meegewogen.

Topreferente patiënt:

Patiënt die topreferente zorg ontvangt.

Topreferente zorg:

Zeer specialistische patiëntenzorg die:

- gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is;
- een infrastructuur vereist waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken; en
- is gekoppeld aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek.

Totale zorgproductie:

De totale zorgproductie van een zorginstelling bestaande uit alle gedeclareerde zorgproducten binnen zowel het gereguleerde als het vrije segment binnen een bepaalde periode.

Variabel deel BBAZ (topreferente zorg, (TRF)):

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de meerkosten van de behandelde academische patiënten dekt.

Vaste deel BBAZ (Onderzoek en Innovatie, (O&I)):

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de kosten dekt voor het in stand houden van de kennis en infrastructuur voor het continu kunnen leveren van topreferente zorg.

Vrij segment:

Het geheel van prestaties waarvoor vrije tarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, Wmg, gelden.

Zorgactiviteit:

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

Zorgproduct:

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

Artikel 4. Kostprijsmodel

1. De NZa stelt de tarieven in het gereguleerde segment vast op basis van werkelijke kostprijzen van instellingen. Hierbij worden de in artikel 5 genoemde bepalingen als uitgangspunt genomen.

Gegevensverzameling

2. Er is een regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg'. In deze regeling is vastgelegd dat instellingen, die onder de reikwijdte van die regeling vallen, data (kostprijsgegevens) over het jaar t aan de NZa moeten aanleveren. De NZa heeft deze data nodig voor de berekening van tarieven. In de regeling zijn verplichtingen opgenomen over de wijze van aanlevering, welke gegevens moeten worden aangeleverd, de termijnen waarbinnen de aanlevering moet plaatsvinden, etc.
Om de eenduidigheid en kwaliteit van de aan te leveren gegevens te bevorderen en de administra-



tieve lasten voor de instellingen te beperken, stelt de NZa een (digitaal) aanleversjabloon beschikbaar.

3. Instellingen genoemd in artikel 1, eerste lid, onder a en b (algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra) moeten op grond van de regeling genoemd in het vorige lid kostprijsgegevens aanleveren van hun omzet in het gereguleerde segment (zowel de dbc-zorgproducten als de overige zorgproducten) en in het vrije segment (uitsluitend de dbc-zorgproducten). Zie ook artikel 6.
4. Instellingen genoemd in artikel 1, eerste lid, onder c tot en met i moeten op grond van de regeling genoemd in het tweede lid kostprijsgegevens aanleveren van hun omzet in (uitsluitend) het gereguleerde segment (zowel de dbc-zorgproducten als de overige zorgproducten). Instellingen bedoeld in de vorige zin, die geen dbc-zorgproducten in rekening brengen, maar uitsluitend overige zorgproducten, leveren de kostprijsgegevens aan van de omzet die op deze overige zorgproducten (in het gereguleerde segment) betrekking hebben.

Ontheffing

5. In geval van bijzondere omstandigheden kan een instelling in aanmerking komen voor ontheffing van de aanleververplichting genoemd in het tweede lid, een en ander ter beoordeling van de NZa. De instelling dient hiertoe vóór 1 augustus jaar t+1 een gemotiveerd, cijfermatig onderbouwd ontheffingsverzoek in bij de NZa. De instelling maakt daarbij gebruik van het format dat als bijlage 3 deel uitmaakt van de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg'.
6. In aanvulling op het bepaalde in het vorige lid komen voor ontheffing van de aanleververplichting bedoeld in het vierde lid in ieder geval in aanmerking:
 - a Instellingen genoemd in artikel 1, eerste lid, onder c tot en met i, voor zo ver hun omzet in jaar t in het gereguleerde segment (dbc-zorgproducten en/of overige zorgproducten) kleiner is dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in jaar t.
 - b Instellingen genoemd in artikel 1, eerste lid, onder a en b (algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra), voor zo ver hun omzet in jaar t in het gereguleerde segment (dbc-zorgproducten en overige zorgproducten) en in het vrije segment (uitsluitend dbc-zorgproducten) tezamen kleiner is dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in jaar t.
7. Bij de berekening die instellingen in het kader van het zesde lid moeten uitvoeren, dient de omzet uit zorgproducten in het gereguleerde segment die betrekking heeft op add-on geneesmiddelen, stollingsfactoren, logopedie, prenatale screening, bijzondere tandheelkunde en medisch-specialistische verpleging in de thuissituatie in de teller te worden uitgesloten.
8. Ontheffingen die op grond van het zesde lid zijn verleend, gelden ook voor de jaren volgend op het jaar waarvoor de ontheffing initieel werd verleend, tenzij het overeenkomstig het zesde lid berekende omzetaandeel nadien groter is geworden dan de in dat lid genoemde 10%.

Artikel 5. Uitgangspunten kostprijsberekening

Voor de wijze van berekenen van kostprijzen hanteert de NZa de uitgangspunten zoals hieronder genoemd onder a, b en c.

a. Berekening op productniveau

- Voor het berekenen van kostprijzen van zorgproducten worden de nacalculatorische, aan zorgproducten toegerekende kostprijzen gebruikt. Deze kostprijzen worden door instellingen aan de NZa aangeleverd op een door de NZa voorgeschreven wijze en nader te bepalen moment.
- Bij de voorgeschreven berekening van kostprijzen door instellingen sluit de NZa, om de administratieve lasten te beperken, zoveel mogelijk aan bij de algemeen gangbare praktijk van kostprijsberekening binnen de instellingen. De NZa kan voorschriften verbinden aan de wijze waarop het toerekenen van kosten en opbrengsten dient plaats te vinden. Eventuele voorschriften zijn nader uitgewerkt in de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg'.
- De NZa controleert steekproefsgewijs, bij een selectie van instellingen, of de hierboven bedoelde voorschriften op de voorgeschreven wijze zijn nageleefd.
- De NZa streeft er naar om het aantal bewerkingen dat plaatsvindt op de aangeleverde kostprijzen te beperken. Door uit te gaan van nacalculatorische kostprijzen op zorgproductniveau streeft de NZa naar zo herkenbaar en stabiel mogelijke kostprijzen als basis voor de tarieven.

b. Uniforme kostencategorieën



De NZa hanteert een gestandaardiseerde indeling in kostencategorieën, te weten:

- Personeelskosten: medisch specialistisch bedrijf (MSB);
- Personeelskosten: Medisch specialisten (loondienst);
- Personeelskosten: Overig;
- Materiële kosten: Kunst- en hulpmiddelen, implantaten;
- Materiële kosten: Overig;
- Gebouwgebonden kosten;
- Medische en overige inventaris;
- Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoedingen;
- Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage academische zorg – variabel deel;
- Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n);
- Opbrengsten: overige opbrengsten;
- Kosten voor zorg uitgevoerd door derden (voor zorg die geheel of deels wordt uitbesteed);
- Totale directe kosten;
- Totale indirecte kosten.

c. **Opbrengsten**

De volgende opbrengstenstromen worden opgenomen in de kostencategorie 'Opbrengsten: overige opbrengsten' zoals hierboven opgenomen onder uitgangspunt b:

- Rijksbijdrage Werkplaatsfunctie;
- Rijksbijdrage Onderzoek en Onderwijs;
- Overige opleidingen voor zover uit externe geldstroom gefinancierd;
- Onderlinge dienstverlening (medisch/productie);
- Niet patiëntenzorg gebonden opbrengsten (huur, rente, dienstverlening aan derden, parkeeropbrengsten, etc.);
- Door derden betaald (wetenschappelijk) onderzoek waar geen productie tegenover staat;
- Doorbelaste diensten aan medisch specialisten niet in loondienst;
- Overige subsidies;
- Incidentele baten/lasten.

Artikel 6. Kostprijzen dbc-zorgproducten vrij segment

1. In de beleidsregel 'beschikbaarheidsbijdrage academische zorg' wordt beschreven hoe de BBAZ wordt verstrekt en hoe instellingen hier verantwoording over af moeten leggen. Voor de verantwoording van het variabele deel van de BBAZ is een analyse betreffende de meerkosten ten opzichte van referentiekostprijs noodzakelijk. Om deze meerkosten te kunnen bepalen is, behalve inzicht in kostprijzen van het gereguleerde segment, ook inzicht noodzakelijk in de kostprijzen van dbc-zorgproducten in het vrije segment van universitaire medische centra en algemene ziekenhuizen. Zie in dit verband ook artikel 4, derde lid.
2. De voorschriften die zijn verbonden aan de aanlevering van kostprijzen van dbc-zorgproducten in het vrije segment zijn vastgelegd in de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg'.

Artikel 7. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg', met kenmerk BR/REG-21153, ingetrokken.

Artikel 8. Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De beleidsregel 'Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg', met kenmerk BR/REG-21153, 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.

Artikel 9. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 mei 2023.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel, inclusief toelichting, ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl. Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg.'



TOELICHTING

Artikelsgewijs

Artikel 2

Het beleid omtrent de zorgproducten binnen de medisch-specialistische zorg is omschreven in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg'. Teneinde te waarborgen dat de NZa over voldoende informatie beschikt om tarieven van zorgproducten binnen het gereguleerde segment vast te stellen, stelt zij regels vast op grond waarvan instellingen de benodigde informatie/gegevens zullen moeten verstrekken. Deze regels zijn opgenomen in de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg'. Voor de uiteindelijke tariefberekening zullen nog nader te bepalen tariefprincipes worden toegepast.

Artikel 4

lid 6, sub a

De NZa hanteert een uitzonderingsbepaling voor instellingen die vrijwel geen zorg leveren in het gereguleerde vrije segment. In principe worden alle instellingen die onder de reikwijdte van deze regeling vallen verplicht gesteld om tot aanlevering over te gaan, tenzij zo'n instelling aan de hand van de in dit artikellid genoemde criteria kan aantonen dat ontheffing op zijn plaats is.

Lid 6, sub b

Algemene ziekenhuizen en umc's moeten ook voor dbc-zorgproducten in het vrije segment kostprijzen aanleveren (zie artikel 4, lid 3). Dit betekent dat een verzoek tot ontheffing aangevraagd kan worden wanneer de omzet van de dbc-zorgproducten en overige zorgproducten uit het gereguleerde segment en de omzet van dbc-zorgproducten van het vrije segment tezamen kleiner is dan 10% van de totale gedeclareerde omzet in jaar t. In de praktijk zal dit vrijwel nooit voorkomen. Dit heeft ook tot gevolg dat de ontheffingen die een aantal algemene ziekenhuizen de afgelopen jaren ontvangen hebben, komen te vervallen.

Lid 8

In de situatie dat de ontheffing voor jaar t voor een instelling is vervallen, omdat niet langer wordt voldaan aan de criteria om voor ontheffing in aanmerking te komen, is ook geen sprake meer van ontheffing voor navolgende jaren. Indien deze instelling in een van deze volgende jaren van mening is dat zij opnieuw in aanmerking komt voor ontheffing, dient die instelling opnieuw een ontheffingsverzoek in te dienen. Als deze ontheffing wordt verleend, krijgt deze ook weer een structureel karakter, totdat de ontheffing eventueel opnieuw vervalt omdat voor het betreffende jaar niet meer aan de criteria om voor ontheffing in aanmerking te komen wordt voldaan. Een instelling die over een ontheffing beschikt, zal dus elk jaar zelf moeten beoordelen of voor dat jaar (nog) aan de in dit artikel genoemde criteria voor ontheffing wordt voldaan.

Artikel 5

Uitgangspunt b

Omdat kostprijzen op productniveau berekend en aangeleverd worden, waarbij inzicht in de toerekening een belangrijk uitgangspunt is, is het van belang dat kostprijzen worden aangeleverd met een onderverdeling in uniforme kostencategorieën. Onderstaand wordt de gehanteerde indeling nader toegelicht.

- **Personeelskosten: MSB**
Deze kostencategorie omvat de kosten voor medisch specialisten en overig personeel binnen het medisch-specialistisch bedrijf (MSB). De categorie omvat iedere vergoeding die een instelling aan het medisch-specialistisch bedrijf vergoedt of is verschuldigd voor het leveren van diensten in het kader van medisch-specialistische zorg. Hiermee wordt iedere vorm van financiële vergoeding bedoeld, zoals vast of variabel honorarium, met een collectief van specialisten niet in loondienst overeengekomen aanneemsommen, omzetplafonds of andere vormen. Het betreft zowel poort- als ondersteunende specialisten.
- **Personeelskosten: Kosten medisch specialisten (loondienst)**
Deze kostencategorie omvat alle kosten voor medisch specialisten in loondienst. Dit omvat alle kosten, zoals salariskosten en sociale lasten.
- **Personeelskosten: Overig**



Deze kostencategorie omvat alle personeelskosten voor zover die niet hiervoor zijn benoemd en voor zover deze kosten ten laste komen van de instelling. Zowel personeelskosten van medewerkers met direct patiëntencontact, zoals Arts (Niet) In Opleiding tot Specialist (A(N)IOS), verpleegkundigen en assistentes, als van medewerkers die niet direct patiëntcontact hebben, zoals de Raad van Bestuur, staffuncties en alle ondersteunende diensten. Indien de kosten van A(N)IOS voor rekening komen het MSB, vallen deze onder de categorie 'Personeelskosten: MSB'.

- **Materiële kosten: Kunst- en hulpmiddelen, implantaten**
Deze kostencategorie omvat de materiële kosten voor kunst- en hulpmiddelen en implantaten.
- **Materiële kosten: Overig**
Deze kostencategorie omvat alle overige materiële kosten, waaronder (niet limitatief) de materiaal-kosten voor geneesmiddelen die zijn verstrekt of toegediend binnen het kader medisch specialistische zorg (intramuraal farmacie). Geneesmiddelen waarvoor een add-on prestatie of ozp-stollingsfactor is vastgesteld vallen buiten deze kostencategorie. Ook vallen geneesmiddelen die zijn verstrekt of toegediend binnen het kader Farmaceutische zorg (extramuraal farmacie) buiten deze categorie. Als ook, bloed (bloed en bloedproducten, inclusief kosten Sanquin), voeding, hotelmatige kosten, algemene materiële kosten.
- **Gebouwgebonden kosten:**
Deze kostencategorie omvat kosten van afschrijvingen van gebouwen en installaties, huur van gebouwen, kosten van onderhoud van gebouwen en terreinen, energiekosten en verzekeringen en belastingen. Deze kostencategorie omvat eveneens financieringslasten (rente vreemd vermogen / eigen vermogen).
- **Medische en overige inventaris**
Hieronder vallen kosten van afschrijvingen (medische)inventaris, lease contracten en onderhoudscontracten.
- **Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen**
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen.
- **Opbrengsten: beschikbaarheidsbijdrage academisch zorg – variabel deel**
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, specifiek het variabele deel.
- **Opbrengsten: overige beschikbaarheidsbijdrage(n)**
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit beschikbaarheidsbijdragen, uitgezonderd (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg.
- **Opbrengsten: overige opbrengsten**
Deze kostencategorie omvat opbrengsten voor instellingen uit overige inkomsten, anders dan uit declaratie van zorgproducten en uitgezonderd opbrengsten uit beschikbaarheidsbijdragen.
- **Kosten voor zorg uitgevoerd door derden (voor zorg die geheel of deels wordt uitbesteed)**
Deze kostencategorie omvat de kosten van zorg uitgevoerd door derden. Dit kan zowel geheel uitbesteede of deels uitbesteede zorg betreffen.
- **Totaal directe kosten**
Deze kostencategorie omvat het totaal van de directe kosten per zorgproduct, zoals omschreven in artikel 3.
- **Totaal indirecte kosten**
Deze kostencategorie omvat het totaal van de indirecte kosten per zorgproduct, zoals omschreven in artikel 3.

Uitgangspunt c

Kosten die niet door omzet aan (dbc)-zorgproducten uit het vrije dan wel het gereguleerde segment gedekt dienen te worden, mogen niet meegenomen worden in de kostprijsberekening (bijvoorbeeld academische component, vaste beschikbaarheidsvergoedingen, opleidingsgelden).

Bij onderlinge dienstverlening dienen de kosten van diensten of producten die aan derden (niet zijnde verzekeraars) zijn geleverd, niet toegerekend te worden aan de zorgproducten. Het zal hier vaak gaan om overige zorgproducten die op verzoek van andere ziekenhuizen worden geleverd. Hiervan is de kostprijs bekend via de zorgactiviteiten. Indien de instelling producten afneemt van andere aanbieders, en deze producten als onderdeel van een zorgproduct bij de verzekeraar declareert, dient de instelling de betaalde prijs als kosten toe te rekenen aan de zorgproducten.

Onder doorbelaste diensten aan medische specialisten niet in loondienst worden vergoedingen verstaan die de instelling voor medisch-specialistische zorg in rekening brengt aan de specialist niet in loondienst. Dit betreft kosten die de instelling in rekening brengt voor administratieve en andere diensten, personeel, apparatuur en/of praktijkruimte, parkeergelegenheid en overige faciliteiten die de instelling aan de specialist niet in loondienst tegen vergoeding of om niet ter beschikking stelt.



Artikel 6

In de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg is opgenomen dat het variabele deel van de BBAZ wordt verantwoord op basis van het aantal topreferente patiënten volgens de labelsystematiek en de daarmee samenhangende meerkosten van universitaire medische centra ten opzichte van de referentiekostprijs.

Om de meerkosten van academische zorg te kunnen bepalen zijn kostprijzen van zowel de universitaire medische centra als de algemene ziekenhuizen voor zowel het gereguleerde als het vrije segment noodzakelijk.

Algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra moeten op basis van de bestaande verplichting al kostprijzen van het gereguleerde segment aanleveren aan de NZa. In dit artikel wordt beschreven dat de wijze van bepalen van kostprijzen voor de dbc-zorgproducten in het vrije segment gelijk is aan de wijze van kostprijs bepalen voor het gereguleerde segment.

Binnen het kostprijsmodel wordt gerekend met de BBAZ vergoeding die ook verantwoord kan worden van jaar t in termen van kosten volgens de regeling BR BBAZ. Hierbij is het van belang dat binnen de kostprijsberekening de kosten worden uitgesloten, dan wel afgeslagen tot maximaal 100% van de BBAZ subsidie.

De beschikbaarheidsbijdrage is onderverdeeld in een vaste (O&I) component en een variabele (TRF) component. Binnen het kostprijsmodel wordt alleen het variabele deel BBAZ afgeslagen. O&I opbrengsten kunnen niet direct toebedeeld worden aan patiëntenzorg en daarmee niet rechtstreeks aan declarabele zorgproducten. De verantwoorde opbrengsten voor O&I (met een maximum voor het verleende BBAZ bedrag voor O&I) dienen in mindering gebracht te worden op de totale kosten in jaar t.

Om de labelsystematiek toe te kunnen passen in de kostprijsberekening zal de NZa ieder jaar, aan ieder universitair medisch centrum, een bestand beschikbaar stellen waarmee de casemix van academische patiënten en de totale casemix van jaar t-3 omgezet kunnen worden naar jaar t-1 (conversiemethode).

In de regeling 'Registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg' wordt beschreven hoe omgegaan moet worden met de BBAZ in de kostprijsberekening.