



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. Directoraat-Generaal Curatieve Zorg
Barbara Goezinne

Behandeld door
directie Regulering

Telefoonnummer
088 – 770 8 770

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
478176/1514296

Onderwerp
Advies Normering bij tariefstelling door de NZa

Datum
18 januari 2024

Samenvatting

Naar aanleiding van een maatregel in het coalitieakkoord heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd te adviseren over het hanteren van normerende elementen bij de tariefstelling in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Achterliggende reden is de vraag of en hoe het gebruik van normerende tariefelementen doelmatigheid kan bevorderen.

Voor de meeste door de NZa gereguleerde prestaties geldt dat het maximumtarieven zijn, die gebaseerd zijn op gemiddelde kosten van zorgaanbieders. De gemiddelde kosten die landelijk gemaakt worden voor een prestatie vormen daarmee de nieuwe bovengrens (norm) waartegen zorgaanbieders de zorg moeten leveren. Het gevolg van deze manier van reguleren is dat er een prikkel bestaat om de zorg doelmatiger te leveren.

Er is – ook voor de NZa – geen gedegen inzicht te krijgen in het (exacte) niveau van doelmatigheid van een sector of de kwaliteit van een sector. We kunnen in onze regulering daarom niet uitgaan van een exact niveau van doelmatigheid, maar wel een *systeem* ontwerpen dat doelmatigheid continu stimuleert. Dit doen we door periodiek tarieven per prestatie te herijken op basis van kostprijsonderzoek. Hiermee worden de opbrengsten per zorgprestatie voor zorgaanbieders gemaximeerd en worden ze gestimuleerd kosten waar mogelijk te beperken.

De NZa heeft de ambitie om tarieven aan te laten sluiten bij de actuele zorgpraktijk. Bij voorkeur op basis van feitelijke gegevens, waarbij tegelijk administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. De NZa monitort zorgsoorten en kan op basis van signalen ingrijpen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het versneld uitvoeren van een kostprijsonderzoek. Daarnaast benadrukken we dat het gebruik van normatieve elementen in de tariefopbouw niet per definitie leidt tot lagere tarieven; normen hebben ook (veelal) een prijsopdrijvend effect.

Wij zien mogelijkheden van normatieve tariefelementen in plaats van het gebruik werkelijk gemaakte kosten, maar beschrijven in dit advies ook verschillende risico's en randvoorwaarden. Naast het feit dat geschikte normen veelal ontbreken, is een randvoorwaarde dat de NZa kan motiveren dat het hanteren van de norm leidt tot redelijkerwijs kostendekkende tarieven. Indien de norm niet aantoonbaar tot een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding leidt, komt de NZa tot de conclusie dat er sprake is van een dusdanige juridische kwetsbaarheid ten aanzien van de motivering dat de normen niet gehanteerd kunnen worden. Als kostendekkendheid van tarieven betwist wordt, is het namelijk altijd in de eerste plaats aan de NZa om aannemelijk te maken dat het vastgestelde tarief volstaat.

Om doelmatigheid een nog sterkere rol te geven in tarieven, moet dit beter worden uitgewerkt. Bijvoorbeeld in de vorm van indicatoren. Doelmatigheid bevorderen via tariefregulering lijkt daarbij niet altijd effectief. Bijvoorbeeld wanneer er voor zorgaanbieders sprake is van deels vrije tarieven of plafonddafspraken. De tarieven begrenzen de vergoedingen die zorgaanbieders in rekening mogen brengen en reguleren dus niet direct de kosten van zorgaanbieders. Wij vinden het belangrijk om doelmatigheid juist vanuit een breder perspectief en dus op een macroniveau te bekijken en te bevorderen. Denk daarbij aan het realiseren van doelmatigheid via het beperken van of sturen op het volume, andere vormen van bekostiging (zoals shared savings-modellen of uitkomstbekostiging) of het vergoeden van andere prestaties.

Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een advies over het hanteren van normerende elementen bij de tariefstelling in sectoren waar vaste tarieven of maximumtarieven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) gehanteerd worden. De reden is om via de tarieven voor zorg in het kader van de Zvw doelmatigheid te bevorderen.

Aanleiding

In het coalitieakkoord is de maatregel 'Sturing op doelmatigheid via de tarieven' opgenomen. De maatregel is gebaseerd op beleids optie 18 uit het rapport 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel', het tweede rapport van de Brede maatschappelijke heroverwegingen. De maatregel luidt: "om doelmatigheid te bevorderen wordt ingezet op tariefstelling, door normatieve elementen toe te voegen in sectoren binnen de Zvw waar vaste tarieven of maximumtarieven worden gehanteerd".

Vraagstelling

Het ministerie van VWS heeft de NZa zes vragen gesteld:

- 1 Welke concrete mogelijkheden zijn er in Zvw-sectoren met gereguleerde tarieven inclusief beschikbaarheidsbijdragen om ter bevordering van de doelmatigheid normatieve elementen te betrekken bij de vaststelling van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen?
- 2 Welke voorbeelden waarin normatieve elementen onderdeel uitmaken van de tariefstelling bestaan er al?
- 3 Wat zijn aandachtspunten bij het betrekken van normatieve elementen bij de vaststelling van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen (uitvoerbaarheid, voor- en nadelen, draagvlak, risico's etc.)?
- 4 Per wanneer kunnen deze normatieve elementen worden opgenomen in gereguleerde tarieven en beschikbaarheidsbijdragen (per sector)?
- 5 Wat is de geraamde opbrengst per normatief element en per sector per jaar?
- 6 Ziet u alternatieve maatregelen in de tarifiering of vaststelling van beschikbaarheidsbijdragen om - met inachtneming van het uitgangspunt van redelijkerwijs kostendekkendheid van de tarieven - te komen tot een doelmatigheidsprikkel bij de tariefstelling?

Algemene opmerkingen

In dit advies zijn we uitgegaan van het huidige systeem van bekostiging en het perspectief van de NZa hierbij. De huidige wet- en regelgeving en de daarop gebaseerde jurisprudentie is daarbij het uitgangspunt. Bij bijvoorbeeld het beschrijven van (on)mogelijkheden wordt er dus geredeneerd vanuit de huidige kaders die een gegeven zijn.

Leeswijzer

Dit advies is opgebouwd uit drie delen. De beantwoording van de vragen die door het ministerie van VWS gesteld zijn, zijn hierin verwerkt. In deel A starten we met een toelichting op het reguleren van tarieven zoals dat door de NZa gebeurt. Vervolgens gaan we in deel B in op het normerende elementen bij tariefstelling. Tot slot staan we in deel C kort stil bij alternatieve maatregelen om de doelmatigheid te bevorderen.

A. Tariefregulering

Het doel van ons zorgstelsel is om een balans te houden tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit – anders gezegd: om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Het stelsel voorziet daartoe in een inkooprol voor de zorgverzekeraars, met de gedachte dat zij via (selectieve) contractering goede zorg tegen een goede prijs kunnen inkopen¹. De prestatie- en tariefregulering geeft sturing daar waar de inkopers hun rol niet goed kunnen invullen². Om te bepalen welke mate van regulering noodzakelijk is, is het belangrijk om te kijken naar het functioneren van de zorgverzekerings- en inkoopmarkt, en de kenmerken van een sector. Deze twee thema's staan hieronder uitgewerkt.

Het functioneren van de zorgverzekerings- en inkoopmarkt

De zorgverzekeringsmarkt voorziet in een risicovereveningssysteem waarin voorspelbare zorgkosten worden verevend en alleen het verzekeringsrisico overblijft. Dit systeem is bedoeld om risicoselectie door zorgverzekeraars te voorkomen. Bij de zorginkoop loopt de zorgverzekeraar financieel risico over zijn uitgaven. Hierdoor heeft hij een prikkel om de zorg doelmatig in te kopen. Beide onderdelen zijn essentieel voor het functioneren van de zorginkoop als instrument om tot doelmatige inkoop van zorg te komen. Daarnaast moet een zorginkoper in staat zijn om selectief te kunnen contracteren. Zaken als het hinderpaalcriterium of (vergaande) regionale samenwerkingsverbanden waarbij verzekeraars een volgbeleid aanhouden, verminderen de mogelijkheden en daarmee effectiviteit van de rol van de individuele zorgverzekeraar om te sturing te geven aan geleverde zorg en versterken de noodzaak voor regulering. Een belangrijk onderscheid tussen de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zvw is de zorginkoop. Bij de Zvw lopen de zorgverzekeraars risico over hun zorginkoop, in de Wlz is dit niet het geval voor de zorgkantoren. De Wlz kent dan ook geen vrije prijzen. De NZa houdt toezicht op de inkoop door zorgkantoren/Wlz-uitvoerders.

Kenmerken sector

De marktordening in een sector kan getypeerd worden als: geen concurrentie, concurrentie om de markt (bijvoorbeeld bij een veiling), concurrentie in de markt (bijvoorbeeld bij prijs- en productieafspraken binnen de fysiotherapie) of (gesimuleerde) concurrentie via vergelijking (bijvoorbeeld via een benchmark).

Relevante kenmerken van een sector om de marktordening te bepalen zijn:

- de mogelijkheden van toe- en uittreding van zorgaanbieders;
- marktaandelen en geografische spreiding;
- de aard en omvang van de productie (productdifferentiatie);
- de mogelijkheden en realisatie van verticale- en horizontale integratie (bijvoorbeeld samenwerking in de regio);
- technologie en de daarbij behorende kostenstructuur;
- beschikbaarheid van kwaliteit- en kosteninformatie.

¹ In een stelsel waar de individuele patiënt met haar zorgaanbieder over de prijs zou onderhandelen komen naar verwachting te hoge prijzen tot stand. De patiënt betaalt (door de dekking van de zorgverzekering) immers zelf niet voor de zorg die zij afneemt en heeft dus geen prikkel om lagere prijzen te vragen.

² Waarbij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de tariefsoort bepaalt en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de hoogte van tarieven.

De noodzaak voor regulering neemt toe naarmate er minder concurrentie (meer marktmacht van zorgaanbieders) is en daardoor een minder grote rol voor de zorginkoper mogelijk is³.

Hieronder staan voorbeelden van reguleringsmodellen en tariefsoorten bij de diverse marktorderingsvormen.

- geen concurrentie: de beschikbaarheidsbijdrage voor het calamiteitenhospitaal;
- concurrentie in de markt: vrije prijzen bij de ziekenhuizen;
- concurrentie om de markt: wordt nu niet in de praktijk vormgegeven maar zou mogelijk voor bijvoorbeeld beschikbaarheid van de trauma helikopters georganiseerd kunnen worden;
- concurrentie via vergelijking: (beoogde) Integrale Vergelijking in de langdurige zorg⁴.

Hoe we letten op doelmatigheid in de tariefregulering?

De tariefregulering stimuleert doelmatigheid, maar geeft geen inzicht in het exacte niveau van doelmatigheid in een sector.

Een belangrijk gegeven is dat de NZa geen kennis heeft van het niveau van doelmatigheid van een sector. Immers, dan zou er een alwetende overheid moeten bestaan die inzicht heeft in de specifieke productiefunctie van zorgaanbieders voor het leveren van zorg. Dat is onmogelijk in complexe en continu veranderende zorgsectoren. We kunnen dus in onze regulering niet uitgaan van een *exact niveau* van doelmatigheid, maar wel een *systeem* ontwerpen dat doelmatigheid continu stimuleert. Dit doen we door op regelmatige basis de tarieven per prestatie te herijken op basis van kostprijsonderzoek. Via de gereguleerde tarieven worden de opbrengsten per zorgprestatie voor zorgaanbieders gemaximeerd.

De huidige norm – een tarief op basis van historisch gewogen gemiddelde kosten – stimuleert doelmatigheid en is juridisch stevig gebleken.

Voor de meeste door de NZa gereguleerde prestaties geldt dat het maximumtarieven zijn, die gebaseerd zijn op gemiddelde kosten van zorgaanbieders. De gemiddelde kosten die landelijk gemaakt worden voor een prestatie vormen daarmee de nieuwe bovengrens (norm) waartegen zorgaanbieders de zorg moeten leveren. Zorgaanbieders die bovengemiddeld hoge kosten hebben, zullen hun kosten moeten verlagen. Ook zorgaanbieders met relatief lage kosten hebben belang om hun kosten niet op te laten lopen (en waar mogelijk te verlagen). Dit komt doordat zij niet weten hoe ver andere zorgaanbieders hun kosten verlagen en of zij dus altijd onder het gemiddelde zullen blijven. Dit komt ook omdat verzekeraars afslagen hanteren op de maximumtarieven en werkelijke opbrengsten dus lager zullen uitvallen. Zorgaanbieders streven vaak een balanced budget na, waarbij een kleine winst (en dus iets lagere kosten dan de inkomsten) de ideale uitkomst is.

³ Naast deze kenmerken van de verzekeringsmarkt en de sector kunnen ook andere, meer technische aspecten een rol spelen bij de keuze voor liberalisering, zie voor voorbeelden bijvoorbeeld De zichtbare hand van het CTG/ZAio (2006, p18).

⁴ Advies - Integrale vergelijking verpleeghuiszorg | Rapport | Rijksoverheid.nl

Het gevolg van deze manier van reguleren is dat er een prikkel bestaat om de zorg doelmatiger te leveren. Door op meer frequente basis kostprijsonderzoek uit te voeren kan deze prikkel versterkt worden. Dit gaat echter ten koste van de stabiliteit van de tarieven en biedt daarmee meer onzekerheid voor zorgaanbieders. Daarbij is het ook belangrijk dat de norm voor de hoogte van het tarief (nu dus in de basis het gemiddelde historisch kostenniveau) voor zorgaanbieders redelijkerwijs haalbaar is. Vaste jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) is dat de NZa-tarieven een *redelijkerwijs kostendekkende vergoeding* voor de geleverde zorg moeten bieden. Het CBb heeft tot op heden het gewogen gemiddelde historisch kostenniveau hiervoor als passend beschouwd.

Een strengere norm invoeren vraagt om stevigere onderbouwing van de redelijkerwijs kostendekkendheid.

Het tarief kan worden vastgesteld op een ander niveau dan de gewogen gemiddelde kosten per prestatie. Naarmate de norm strenger wordt, wordt het onderbouwen en motiveren van de kostendekkendheid belangrijker en lastiger. Een norm gebaseerd op het gemiddelde geeft een stimulans om doelmatiger te werken. Daarnaast geeft het ook ruimte om verschillen in kostprijzen als gevolg van omstandigheden op te vangen en biedt het enige ruimte voor innovatie.

Bij het vaststellen van kostprijzen van zorgaanbieders bestaat er een informatieprobleem. Dit komt omdat de kwaliteit van zorg voor de NZa doorgaans niet inzichtelijk is en dus niet expliciet meegenomen wordt in het vaststellen van tarieven. Een aanname die we daarom in de huidige vorm van tariefregulering maken is dat zorgaanbieders voldoende kwaliteit van zorg leveren – al dan niet als resultante van het toezicht op de kwaliteit – en uit de markt stappen wanneer zij dat tegen de vastgestelde tarieven niet kunnen. Een andere aanname is dat de zorgaanbieders in voldoende mate vergelijkbaar zijn in termen van niet-beïnvloedbare factoren. In sommige zorgsectoren wordt via een max-maxtarief – waarbij een hoger tarief is af te spreken dan het reguliere maximumtarief – ruimte geboden om zorgaanbieders die te sterk afwijken van de andere zorgaanbieders waar het tarief op gebaseerd is, toch een kostendekkende vergoeding te kunnen bieden. Soms zijn hieraan voorwaarden verbonden. Zo kan het bijvoorbeeld enkel voor extra kwaliteit of innovatie worden afgesproken en dient er altijd overeenstemming te zijn met de financier. In de curatieve ggz worden er bijvoorbeeld geen inhoudelijke voorwaarden aan verbonden en mag het overal voor ingezet worden zolang er maar overeenstemming is met de financier.

Tariefregulering is niet altijd het meest effectieve instrument in het beheersen van macro-uitgaven. Belangrijk is om breder te kijken.

In een aantal zorgsectoren worden gereguleerde tarieven en vrije tarieven naast elkaar gebruikt. Dat ondergraaft het effect van het reguleren van tarieven. Zeker als partijen in de zorginkoop geen onderscheid maken tussen de zorg die onder vrije tarieven wordt geleverd en zorg die onder gereguleerde tarieven wordt geleverd. Substitutie van interne opbrengsten ondergraaft de bedoelde prikkels in de tariefregulering.

Casus plafondafspraken

In vrijwel alle sectoren maken zorgverzekeraars naast prijsafspraken ook plafondafspraken. In feite is dit een vorm van *two-part tariff*-afspraken, omdat boven een bepaald volume een prijs van 0 euro van toepassing is. In het verlengde hiervan worden prijsafspraken ook afgeleid van de plafondafspraken. Het effect van tariefmaatregelen is dan ook niet duidelijk bij dergelijke vormen van contractafspraken.

Casus wijkverpleging

In de wijkverpleging wordt het grootste deel van de omzet binnen het lopende experiment vergoed op basis van vrije tarieven. De tariefregulering is materieel alleen van toepassing in de niet gecontracteerde wijkverpleging, waar de ondoelmatigheid waarschijnlijk vooral zit in het declareren van meer uren per cliënt dan in de gecontracteerde zorg.

NB: in dit voorbeeld zou een 'norm' waardoor niet gecontracteerde zorg niet gedeclareerd mag worden (of niet vergoed) effectiever zijn om doelmatigheid te bewerkstelligen dan sleutelen aan het tarief. Maar dat kan de NZa binnen de huidige wetgeving niet regelen.

Alternatieven in regulering? Kijk naar stimulering van doelmatige besteding van middelen op macroniveau.

Het sturen op doelmatigheid via gereguleerde tarieven is zoals in de vorige paragraaf gezegd niet altijd effectief of niet het belangrijkste instrument. Er zijn andere vormen van (macro-)ondoelmatigheid waar andere maatregelen mogelijk effectiever zijn. Bijvoorbeeld bij zorgvormen waar substitutie wenselijk is (casus huisartsenzorg 'meer tijd voor de patiënt' - mtvp) of het ontbreken van passende zorg (casus buisjes plaatsen bij kinderen). Daarom is het belangrijk om doelmatigheid op macroniveau te bekijken en te bevorderen. Denk daarbij aan het beperken van het volume, andere vormen van bekostiging (zoals shared-savings modellen of uitkomstbekostiging) of het vergoeden van andere zorgprestaties.

Casus huisartsenzorg 'meer tijd voor de patiënt': duurdere consulten maar minder verwijzingen

In de huisartsenzorg speelt de discussie over meer tijd voor de patiënt: langere consulten zouden uiteindelijk doelmatiger zijn omdat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn daardoor afneemt. Maar op microniveau (= de huisartsenpraktijk) worden consulten duurdere (hogere directe kosten en vaste kosten/overhead worden toegerekend aan een lager volume consulten). Omdat het aantal verwijzingen geen outputparameter is bij de huisarts (een verwijzing wordt tijdens een consult aangemaakt) zie je dat ook niet terug in de meeste vormen van normering of benchmarking. Bijkomend probleem is dat de kosten versleuteld kunnen zitten in segment 3 waardoor je niet de kosten adequaat toerekent aan de geleverde prestaties. Een nader te verkennen optie is om dan de verwijzingen te voorzien van een (negatieve) schaduwprijs (nader onderzoek nodig). Dit is een algemeen probleem als je kijkt naar gewenste vormen van substitutie. Zie bijvoorbeeld ook 'Voor- en nadelen van een prijsplafond voor ziekenhuizen' van Douven, Mot en pomp in ESB (19-10-2007).

Casus buisjes plaatsen bij kinderen

Uit een interview met zorgverzekeraars kwam naar voren dat in sommige gevallen het uitvoeren van een simpele verrichting (meer specifiek: het plaatsen van buisjes in een oor door een KNO-arts) voor een ziekenhuis soms minder kost (in termen van inzet en bijkomende kosten) dan het voeren van een gesprek met de ouders om ze te overtuigen dat het plaatsen van buisjes geen zin heeft. Passende zorg (macrodoelmatigheid) conflicteert dan met microdoelmatigheid (bedrijfsniveau).

Andere systematiek voor beschikbaarheidsbijdrage: geen inkooprol

De beschikbaarheidsbijdrage is een aparte bekostigingswijze waar de zorgverzekeraar geen rol heeft in de zorginkoop. Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de NZa een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor vormen van zorg die daartoe bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zijn aangewezen. Het doel hiervan is dat zorg beschikbaar blijft/komt, die door marktimperfecties in de reguliere zorginkoop niet tot stand zou komen. De betreffende zorg wordt aangewezen als dienst van algemeen economisch belang (of dienst van algemeen belang) en de zorgaanbieder die deze zorg beschikbaar houdt, wordt hiervoor gecompenseerd.

De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die rechtstreeks door de NZa wordt toegekend aan de betreffende zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft hierin dus geen rol en stuurt hier ook niet op doelmatigheid. Vergelijkbaar met de reguliere tariefregulering bepaalt de NZa de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage op basis van een kostprijsonderzoek. Ook hier heeft de NZa in principe de mogelijkheid te kiezen voor de daadwerkelijke gemaakte kosten of te kiezen voor een normatieve onderbouwing. Het uitgangspunt dat de NZa, ook op basis van de jurisprudentie, hanteert voor de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage is dat het redelijkerwijs de kosten dekt van de zorg die de zorgaanbieder beschikbaar moet houden. Een afslag op de door de NZa te verstrekken subsidie (vergelijkbaar zoals zorgverzekeraars die vaak hanteren op de maximumtarieven) is hier niet mogelijk aangezien de aangewezen stap dan zou zijn de subsidie lager vast te stellen.

De subsidie die de NZa verstrekt compenseert de zorgaanbieder voor het beschikbaar houden van een dienst die in de 'reguliere markt' anders niet beschikbaar zou komen. Dit is ook de reden dat de betreffende zorgaanbieder belast wordt met een dienst van algemeen (economisch) belang. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage moet daarmee in theorie precies kostendekkend zijn. Niet te hoog zodat het de zorgaanbieder een concurrentievoordeel op zou leveren (en daarmee onterechte staatssteun door de overheid zou zijn). Maar ook niet te laag zodat het beschikbaar houden van de dienst de zorgaanbieder een concurrentienadeel oplevert. Jurisprudentie over de beschikbaarheidsbijdrage heeft bepaald dat het aan de NZa is om aan te tonen dat deze kostendekkend is.

De subsidieverstrekker (de NZa) heeft de mogelijkheid voorwaarden te verbinden aan de subsidieverstrekking. Deze voorwaarden kunnen ook zien op de wijze waarop de betreffende zorg geleverd wordt. De zorgaanbieder is bij het leveren van de zorg dus ook gehouden aan de voorschriften en verplichtingen die voor gelden voor de subsidie. De NZa kijkt daarbij kritisch naar de onderbouwing van de subsidie en bijhorende kosten. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die een zorgfunctie bekostigt en een gegarandeerde inkomstenbron voor een zorgaanbieder. Vanuit die gedachte is het onwenselijk dat de subsidie een inkomen uit ondernemerschap vergoedt. Daarom wordt de hoogte van deze subsidies gebaseerd op de personele lasten van personeel in loondienst en niet op de kosten voor vrijgevestigden. Via de onderbouwing en hoogte van de subsidie kan gestuurd worden op de doelmatigheid, maar is het wederom van belang dat dit gemotiveerd kan worden en in de praktijk haalbaar is.

Gevolgen voor de rollen van het ministerie van VWS/de NZa

Zorgaanbieders zijn in het kader van continuïteit van bedrijfsvoering en zorg gebaat bij stabiele regelgeving. Dit is één van de verantwoordelijkheden van de NZa als zelfstandig bestuursorgaan (zbo). De NZa opereert daarom op afstand van de dagelijkse politieke besluitvorming. De besluiten van de NZa kunnen echter ook impact hebben op de landelijke zorguitgaven. Daarom vinden deze niet in isolatie plaats, maar is het ministerie van VWS betrokken bij processen en besluiten. De Wmg geeft de NZa de taak te reguleren door het vaststellen van prestaties en bijbehorende tarieven. De minister van VWS bepaalt de tariefsoort bij sectoren. Indien de overheidsfinanciën daartoe aanleiding geven kan het ministerie van VWS de NZa ook een aanwijzing opleggen en daarmee expliciet richting geven aan de besluitvorming. Dit speelt sterker in de sectoren waar de regulering van de NZa het budgettaire kader van het ministerie van VWS directer beïnvloedt, zoals in de Wlz.

B. Normering bij tariefstelling

Er zijn verschillende onderzoeksmethoden om tarieven en subsidies (zoals de beschikbaarheidsbijdragen) voor zorg vast te stellen. Zoals eerder beschreven, vraagt het vaststellen van tarieven en subsidies altijd om een goede onderbouwing die een toets door de rechter moet kunnen doorstaan. Om tot een landelijk maximumtarief voor een prestatie te komen worden kostprijzen van (een representatieve groep) individuele zorgaanbieders (gewogen) gemiddeld. Zoals hiervoor beschreven, zit in deze systematiek de prikkel om de zorg dus steeds doelmatiger en/of efficiënter te kunnen leveren. De gereguleerde tarieven worden periodiek herijkt, waarmee tarieven blijven aansluiten bij de gemiddelde kosten van geleverde zorg.

Een alternatieve methode is tarieven vast te stellen op basis van een (deels) normatieve tariefonderbouwing. Bij een kostprijsonderzoek op basis van werkelijke kosten meten we gemaakte kosten. Bij een normatieve tariefonderbouwing baseren we de vergoeding niet zozeer op een afspiegeling van de werkelijke kosten, maar op basis van een veralgemeniseerde of gewenste situatie. Normeren van tarieven of onderdelen van tarieven (tariefelementen), behoort tot de mogelijkheden voor het bepalen van tarieven. De eisen die aan de onderbouwing worden gesteld zijn daarvoor niet anders: ook voor een tarief gebaseerd op een norm geldt dat er een goede onderbouwing moet zijn, waarmee aangetoond wordt dat zorg tegen dat tarief redelijkerwijs kostendekkend geleverd kan worden.

Definities

Er zijn verschillende manieren waarop normeren wordt geïnterpreteerd. Om een goed antwoord te kunnen geven op de vragen in deze adviesaanvraag vinden wij het belangrijk duidelijkheid te geven hoe wij normeren in de context van dit advies definiëren. Daarvoor maken we onderscheid in twee manieren waarop normeren van tarieven kan worden uitgelegd.

1. Normeren om een werkelijke situatie te benaderen/veralgemeniseren

Hier bedoelen we mee dat de normatieve vergoeding wordt bepaald op basis van normen ten aanzien van een beschreven situatie bij zorgaanbieders, al dan niet gelijk aan de werkelijke situatie. Hiervoor kan bijvoorbeeld worden gekozen als er geen goede kosteninformatie beschikbaar is op het noodzakelijke detailniveau. Dit kan ook een keuze zijn als de administratieve belasting van een kostprijsonderzoek niet in verhouding staat tot de te onderbouwen tarieven en daarmee te groot geacht wordt. De norm kan betrekking hebben op wijze waarop zorgaanbieders de zorg organiseren, zoals de hoogte van loonkosten (op basis van een cao) en het wel of niet in loondienst hebben van medewerkers. Maar het kan specifieke kostensoorten betreffen, zoals kantoor- of overheadkosten voor een organisatie. Ten slotte kan dit ook betrekking hebben op een onderdeel van de tariefberekening waar geen directe kosten gemeten worden maar wel onderdeel zijn van de tariefberekening, zoals productiviteit van personeel.

2. Normeren om aan te sturen op een nieuwe wenselijke situatie

In tariefregulering wordt normeren vaak geïnterpreteerd als het vaststellen van een norm waarmee wordt aangestuurd op een nieuwe wenselijke situatie van zorgverlening. De NZa kan er voor kiezen om tarieven – of onderdelen van tarieven – te baseren op normen, bijvoorbeeld als er redenen zijn om aan te nemen dat de toekomstige kosten van geleverde zorg objectiveerbaar en significant afwijken van wat we in de werkelijke situatie wordt gemeten⁵. In de praktijk zien we dat deze vorm van normeren vooral toegepast op specifieke onderdelen van de tariefberekening, zoals hoogte van huisvestingskosten of een gewenste bezettingsgraad.

In dit advies verstaan wij onder normeren de interpretatie genoemd onder 2: een tarief dat niet (enkel) wordt opgebouwd uit historische kosteninformatie, maar een norm/normen bevat waarmee wordt aangestuurd op een nieuwe wenselijke situatie waarin de zorg wordt geleverd.

In de stap van het berekenen van de kosten van alle zorgaanbieders naar één tarief/subsidiebedrag gebruikt de NZa zoals beschreven veelal het gewogen gemiddelde van alle zorgaanbieders of het gewogen gemiddelde van een aselechte steekproef van zorgaanbieders. Ook het bepalen van de populatie van een steekproef kan normerende keuzes bevatten, bijvoorbeeld door een subpopulatie of type zorgaanbieder uit te sluiten. De NZa moet motiveren hoe de steekproef is bepaald. Een tarief gebaseerd op een gewogen gemiddelde als maatstaf bevat een duidelijke normstelling. Er kan ook worden gekozen voor een andere rekenkundige maat anders dan het gemiddelde, zoals de mediaan. De NZa kan dit doen mits zij kan motiveren dat zorgaanbieders in staat zijn zorg te leveren tegen deze kosten. Het gewogen gemiddelde als rekenkundige maat is inhoudelijk goed te motiveren en als eerder gezegd juridisch meermaals getoetst en bevestigd als een correcte methode. In het algemeen moet dus een tariefniveau worden gekozen dat voor zorgaanbieders redelijkerwijs haalbaar is. Daarnaast geldt dat de NZa zou moeten corrigeren voor niet door de zorgaanbieder beïnvloedbare factoren.

Mogelijkheden en risico's

In de Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes heeft de NZa uitgangspunten (tariefgrondslagen) voor haar tariefberekening opgenomen⁶. In deze beleidsregel is ook opgenomen dat de NZa een “meer sturende en normerende insteek” kan kiezen wanneer de tariefgrondslagen onvoldoende grondslag bieden voor (i) het meegeven van doelmatigheidsprykkels, (ii) het kunnen bepalen van toekomstige kosten of opbrengsten of (iii) het stimuleren van marktdynamiek. Op basis van de theorie zien we een aantal situaties wanneer de NZa normatief onderbouwde tarieven (of onderdelen van tarieven) de voorkeur kan/moet geven boven tarieven volledig gebaseerd op werkelijke kosten:

- in sterk veranderende zorgmarkten kan met gebruik van normen beter worden aangesloten bij de gewenste praktijk;
- normeren kan voorwaarden scheppen/aansturen op zorglevering volgens een kwaliteitsstandaard;
- normeren kan aansturen op een bepaalde mate van adequate bedrijfsvoering;
- als er geoormerkt geld beschikbaar is voor specifieke zorg of voor nieuwe vormen van zorg kan dit op basis van de normatieve benadering worden geprijsd.

⁵ ECLI:NL:CBB:2021:1083, College van Beroep voor het bedrijfsleven, 20/654 t/m 20/658, 20/673 t/m 20/676 (rechtspraak.nl)

⁶ 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes' met kenmerk BR/REG-21152

Naast mogelijkheden zien we een aantal belangrijke risico's.

- *Verder juridiseren van de sector door doorlopend bezwaar en beroep.*
Normatief opgebouwde tarieven bevatten vaak meerdere normatieve onderdelen. Deze verschillende onderdelen kunnen steeds opnieuw ter discussie worden gesteld. Het risico daarvan is dat er doorlopende discussies plaatsvinden over de juistheid van onderdelen van tarieven. Een verschil met historisch kostprijsonderzoek is dat daar de actualiteit in de tussenliggende periode in beginsel geborgd wordt door het systeem van indexering. Hiermee worden de prijsontwikkelingen in jaren tussen de kostprijsonderzoeken modelmatig meegenomen. Een juridische discussie over tarieven werkt averechts ten opzichte van de beoogde doelen van tariefregulering. Bij een kostprijsonderzoek op basis van historische kosten kan meestal worden volstaan met een hoger aggregatieniveau van informatie en wordt er primair gekeken naar de hoogte van de integrale kostprijs.
- *Kwalitatieve normen zijn doorgaans hoger dan de realisatie.*
Als normen kwalitatief worden ingestoken, wordt in veel gevallen de wenselijke of in de toekomst noodzakelijke situatie beschreven. Het tarief is dan voorwaarden-scheppend voor het bereiken van de nieuwe situatie. Als daar vervolgens niet aan wordt voldaan, bestaat het risico dat zorgaanbieders een hoger bedrag in rekening brengen dan waar zij kosten voor maken. Er staat vaak geen sanctie op het niet naleven van een norm. De NZa heeft geen bevoegdheden met betrekking tot het vaststellen van kwalitatieve normen daarmee kan de NZa kwalitatieve normen niet handhaven. Het risico bestaat dat de vergoeding te hoog is voor de geleverde zorg en betaalbaarheid in het gedrang komt.
- *Tarieven normeren op onderdelen is weinig effectief.*
In de zorginkoop worden afspraken gemaakt over het te declareren tarief. Bij integrale tarieven maakt de inkoper dus geen afspraak over onderliggende kostencomponenten. Daardoor is substitutie van kosten/opbrengsten binnen een zorgaanbieder mogelijk. Een norm op onderdelen heeft dan geen effect, tenzij het totale prijsniveau wordt beïnvloed. Een redelijkerwijs kostendekkend tarief biedt ruimte om claims over kostenverhogende omstandigheden niet automatisch in de tarieven te hoeven opnemen (met de gedachte: you win some, you loose some). Bijvoorbeeld, de normatieve huisvestingscomponent maakt onderdeel uit van een integraal tarief en een zorgaanbieder is op geen enkele manier verplicht ook werkelijk zoveel kosten te maken voor huisvesting.
- *Gedrag niet altijd afdwingbaar.*
Een valkuil is dat via het normeren van tarieven wordt geprobeerd wenselijk gedrag af te dwingen aan de hand van hoogte van tarieven. In de praktijk is gebleken dat dit niet altijd zo werkt. Tariefregulering stelt de kaders voor de maximale opbrengsten, maar het is vervolgens aan de individuele zorgaanbieders of en hoe zij hun kosten daarop aanpassen.
- *Beïnvloeding van onderhandeling over nieuwe normen.*
Als de NZa veldnormen gaat gebruiken om tarieven te onderbouwen, dan kan dat de totstandkoming van (nieuwe versies van) deze veldnormen gaan beïnvloeden. Dit is een risico als de norm nog moet worden vastgesteld maar wel duidelijk zou zijn dat deze in tarieven landt. Mede om die reden is het NZa-beleid dat we nog vast te stellen cao's niet in tarieven verwerken. Dit zou de cao-onderhandelingen kunnen beïnvloeden. In plaats van uit te gaan van cao-ontwikkelingen meten wij werkelijk gemaakte loonkosten en indexeren we deze loonkosten met de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).

Wanneer past de NZa normatieve tariefelementen toe?

Het is de verantwoordelijkheid van de NZa om redelijkerwijs kostendekkende tarieven voor zorg te berekenen en te onderbouwen. Normeren behoort tot de (juridische) mogelijkheden. Toch constateren wij dat er weinig tarieven (of elementen daarvan) normen bevatten waarmee wordt geprobeerd sterk te sturen naar een nieuwe situatie. De hierboven genoemde risico's spelen in deze afweging een grote rol.

De NZa ziet de mogelijkheden van normatieve tariefelementen, maar daarvoor is naast de inhoudelijke bruikbaarheid van de norm ook randvoorwaardelijk dat de NZa kan motiveren dat het hanteren van de norm leidt tot kostendekkende tarieven. Indien de norm niet aantoonbaar tot een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding leidt, komt de NZa tot de conclusie dat er sprake is van een dusdanige juridische kwetsbaarheid ten aanzien van de motivering dat de normen niet gehanteerd kunnen worden in tariefberekening. In jurisprudentie van het CBB is de vaste lijn dat een zorgaanbieder die de kostendekkendheid betwist kan volstaan met het aanvoeren van feiten en omstandigheden die twijfel doen rijzen aan de zorgvuldigheid van de totstandkoming van het tarief of de draagkracht van de motivering. Als de kostendekkendheid van een tarief betwist wordt ligt het in de eerste plaats bij de NZa om aannemelijk te maken dat het vastgestelde tarief voldoet aan het vereiste van kostendekkendheid. Pas als de NZa de kostendekkendheid voorlopig aannemelijk heeft gemaakt ligt bij een zorgaanbieder die een hoger tarief vraagt, om dit nader te onderbouwen. Zie hiervoor bijvoorbeeld onderstaande uitspraak⁷.

Het CBB herinnert eraan dat de NZa tarieven op verschillende manieren kan vaststellen, maar dat de tariefbeschikkingen zowel wat betreft de wijze van totstandkoming als wat betreft de uitkomst de rechtmatigheidstoets moeten kunnen doorstaan. De NZa heeft hierbij geen discretionaire ruimte als het om de kostendekkendheid gaat.

...

Een zorgaanbieder die de kostendekkendheid betwist kan volstaan met het aanvoeren van feiten en omstandigheden die twijfel doen rijzen aan de zorgvuldigheid van de totstandkoming van het tarief of de draagkracht van de motivering (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310). Als de kostendekkendheid van een tarief in rechte gemotiveerd wordt bestreden ligt het in de eerste plaats op de weg van de NZa om aannemelijk te maken dat het vastgestelde tarief voldoet aan het vereiste van kostendekkendheid. Pas als de NZa de kostendekkendheid voorshands aannemelijk heeft gemaakt ligt het op de weg van een zorgaanbieder die een hoger tarief vraagt om dit nader te onderbouwen.

Voor de toepassing van een tariefonderbouwing op basis van normen hanteert de NZa daarom een aantal criteria. Als aan de criteria voldaan wordt komt het de juridische houdbaarheid van de normatieve tarieven sterk ten goede. Normen onderliggend aan een tariefonderbouwing van de NZa dienen bij voorkeur:

- dusdanig te zijn onderbouwd en gemotiveerd dat de NZa de kostendekkendheid van tarieven daarop gebaseerd kan aantonen. Hierdoor moeten de normen ook vertaald kunnen worden naar kosten;
- te worden (h)erkend door betrokken veldpartijen om werken conform de norm als uitgangspunt te krijgen (voorkeur);
- te zijn vastgelegd, bijvoorbeeld in richtlijnen of (kwaliteit)standaarden;
- te controleren/handhaven zijn, met name normen die leiden tot hogere tarieven.

⁷ Rechtsoverweging 4.4 t/m 4.6 ECLI:NL:CBB:2021:1083

In bijlage 1 zijn voorbeelden opgenomen van normatieve tariefelementen die op dit moment worden toegepast in NZa-tarieven en subsidies. Hieruit blijkt dat de lijst met normen waarmee de NZa via tariefstelling wil sturen op de zorglevering – sterker dan enkel via het gewogen gemiddelde – beperkt is in omvang. De voorbeelden betreffen met name normen die tarieven verhogen en zijn onderbouwd door experts. Het ontbreekt volgens de NZa dan ook vaak aan goede normen die als basis kunnen dienen van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen. Bestaande normen zijn vaak niet concreet genoeg of niet goed door te vertalen naar tarieven.

Ter illustratie daarbij: de NZa heeft een normatief tariefonderscheid gemaakt voor een psychiater op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Echter, naar het oordeel van het CBb heeft de NZa deze norm niet als zodanig mogen gebruiken⁸.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) komt op tegen de in die tariefbeschikking opgenomen tariefdifferentiatie. Die tariefdifferentiatie houdt in dat de vrijgevestigde psychiater als zijn inzet volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS) noodzakelijk is, het psychiatertarief mag declareren. Als zijn inzet volgens het LKS niet noodzakelijk is geldt een lager tarief. Het College verklaart het beroep van de NVvP gegrond. Er kan namelijk niet goed worden bepaald wanneer de inzet van de psychiater noodzakelijk is. Het LKS is daarvoor niet geschikt.

Het niet goed kunnen onderbouwen en motiveren van een norm is juridisch kwetsbaar, zoals blijkt uit bovenstaand voorbeeld. Vanwege voorgaande constateren wij dat er in de huidige situatie weinig tarieven normen bevatten waarmee wordt gepoogd sterk te sturen naar een nieuwe situatie.

Doelmatigheid

In de adviesaanvraag van het ministerie van VWS wordt nadrukkelijk gevraagd wat de mogelijkheden zijn om *ter bevordering van doelmatigheid* normatieve elementen te betrekken bij de vaststelling van tarieven en subsidies. Bij doelmatigheid draait het om de verhouding tussen de in te zetten (financiële) middelen en de te realiseren prestaties en/of effecten⁹. In hoeverre is het mogelijk om via tarieven aan te sturen op het doelmatiger/kosteneffectiever leveren van zorg? Is het mogelijk zorg van dezelfde kwaliteit te leveren tegen lagere tarieven?

Bij doelmatigheidsnormen bestaat het probleem dat bij een benchmark (zoals het prijsplafond in de msz, uitvoeringstoets 2006, of Integrale Vergelijking in de Wlz, 2019-2021) kwaliteit van zorg als randvoorwaarde zou moeten worden gehanteerd. De NZa kan echter doelmatige zorgaanbieders niet goed onderscheiden van niet-doelmatige zorgaanbieders. Om doelmatigheid een sterkere rol te geven in tariefonderbouwing zou doelmatigheid beter moeten worden uitgewerkt in indicatoren. Doelmatigheid gaat over de relatie tussen de input (kosten) en output (geleverde zorg en kwaliteit/resultaat). De input is goed en objectief kwantitatief te meten. De output is daarentegen niet goed te meten. Ook als zorgaanbieders gelijke zorgprestaties declareren kan de werkelijke output anders zijn. Bij deel A van dit advies hebben we geconstateerd dat er geen kennis en inzicht is in het werkelijke niveau van doelmatigheid en de ruimte om

⁸ ECLI:NL:CBB:2023:506

⁹ Bron: Kenniscentrum voor Beleid en Regelgeving: [3.4 Doelmatigheid](#)

te verbeteren. Daardoor kunnen we in onze regelgeving niet uitgaan van een nieuwe situatie van doelmatigheid, maar wel een systeem ontwerpen dat doelmatig doorlopend stimuleert.

In de genoemde voorbeelden is het normeren van een tarief per prestatie dus niet altijd effectief als je het tarief bepaalt op basis van de doelmatigheid bij een individuele zorgaanbieder. In het kader van betaalbaarheid van de zorg in Nederland zou gekeken kunnen worden naar doelmatigheid in bredere zin: alternatieve bekostigingsvormen, het vergoeden van andere zorgprestaties, het vergoeden van uitkomsten (inclusief betalen voor besparingen die elders worden gerealiseerd) of het normeren van en sturen op volumes.

Zorgsectoren

In algemene zin kunnen wijzigingen in de wijze waarop NZa kostprijsonderzoeken uitvoert, doorgevoerd worden wanneer een nieuw kostprijsonderzoek plaatsvindt. Kostprijsonderzoeken worden voor de meeste sectoren eens per vijf tot zeven jaar uitgevoerd. Afhankelijk van de sector en ontwikkelingen zoals invoering van gewijzigde bekostiging etc. kan dit vaker zijn. Omdat de bedragen worden vastgesteld op basis van gemaakte kosten van zorgaanbieders, duurt het enkele jaren voordat de kosten van een jaar worden vertaald in nieuwe tarieven. Afhankelijk van de omvang van het onderzoek zal dit ten minste een half jaar in beslag nemen. Uiterlijk op 1 juli van ieder jaar stellen we de nieuwe tarieven vast. Zo geven we tijdig duidelijkheid aan de zorgpartijen voor hun gesprekken over de zorginkoop. Deze tarieven gaan dan in vanaf 1 januari van het volgende jaar.

De NZa heeft de ambitie om tarieven zo actueel mogelijk te houden. Dit doen we bij voorkeur op basis van onderzoek waarbij administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. De NZa monitort zorgsoorten en kan op basis van signalen ingrijpen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het versneld uitvoeren van een kostprijsonderzoek. Daarbij streeft de NZa naar een hogere mate van standaardisatie van kostprijsonderzoeken. Hierdoor kan de doorlooptijd van kostprijsonderzoeken worden verkort en de frequentie kan worden verhoogd zonder dat dit meer administratieve lasten oplevert.

Deelconclusie normeren

Wij zijn van mening dat er een duidelijke prikkel bestaat om doelmatiger te werken, omdat wij in tariefregulering vaak uitgaan van het gewogen gemiddelde als maatstaf voor een vast te stellen NZa-maximumtarief. In deze systematiek zijn er zorgaanbieders die aantoonbaar (nog) niet uitkomen met maximumtarieven en hun kosten/doelmatigheid van zorg daarop moeten aanpassen. Dat kunnen zij enkel doen voor de door hen beïnvloedbare kosten te verlagen. Het is voor de NZa niet verdedigbaar om vanuit de set aan kostprijzen de 'dure' zorgaanbieders uit te sluiten louter met de motivatie dat ze duur zijn, waardoor het nieuwe maximumtarief nog lager uitvalt dan een gemiddelde. Een hoge kostprijs kan duiden op inefficiëntie, maar kan ook veroorzaakt worden door zaken die wel verdedigbaar zijn om te includeren in berekening. Bijvoorbeeld wanneer sprake is van zorgaanbieders met structurele hoge kosten voor huisvesting waar zij geen directe invloed op hebben. Inefficiënte en/of ondoelmatigheid is niet vast te stellen door louter naar de hoogte van de kosten te kijken. Een zorgaanbieder is in principe zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop de organisatie wordt ingericht en welke kosten daarvoor gemaakt moeten worden. Door de gemiddelde kosten als vertrekpunt te nemen bij tariefstelling wordt geborgd dat zorgaanbieders manieren zoeken om hun kosten te verlagen.

C. Alternatieve maatregelen

Op alternatieve realisatie van besparingen via doelmatigheidsmaatregelen (anders dan via een aanwijzing) gaan we in dit advies niet verder in. Dit zou namelijk een herhaling inhouden van fiches van de technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven (TWMZ) die opgesteld worden en waar de NZa input op geleverd heeft ¹⁰.

Het realiseren van de coalitieakkoord-maatregel op basis van een generieke korting kan een politieke keuze van het ministerie van VWS zijn met als doel om daarmee de kosten voor de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Het ministerie van VWS kan de NZa een aanwijzing geven voor het doorvoeren van een dergelijke korting op NZa-tarieven.

In 2011 heeft de NZa een tariefkorting doorgevoerd in de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Op 30 augustus 2011 heeft de minister van VWS de NZa een aanwijzing gegeven een structurele korting op de tarieven in de g-ggz door te voeren ter hoogte van 222 miljoen euro¹¹. De NZa heeft de opdracht gekregen om per 1 januari 2012 deze taakstelling uit te voeren door een generieke afslag op de g-ggz tarieven toe te passen. Motivering voor deze structurele korting was dat de algemene financieel-economische situatie en de hoogte van de collectieve uitgaven noopte tot een beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en een meer doelmatig gebruik van de beschikbare middelen in relatie tot overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in voorgaande jaren.

De NZa adviseert echter terughoudend te zijn met de inzet hiervan. De keuze hiervoor lijkt in het verleden politiek gemotiveerd te zijn in het kader van het algemeen belang en niet over de boeg van een ogenschijnlijk gedetailleerde (zorg)inhoudelijke onderbouwing. Voorkomen moet worden dat ongewenste effecten optreden, bijvoorbeeld dat zorgaanbieders de noodzakelijke zorg niet meer kunnen leveren als gevolg van een dergelijke maatregel.

¹⁰ Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven van 11 december 2023.

¹¹ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 30 augustus 2011, MC-U-3078388, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake tarief- en budgetkorting curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Bijlage 1. Voorbeelden van normatieve sturende tariefelementen

In onderstaande tabel staan de normatieve elementen opgenomen die nu in NZa-tarieven en -subsidies zijn verwerkt waarbij geprobeerd wordt aan te sturen op een nieuwe situatie. Normatieve tariefelementen waarbij we alleen een gemiddelde proberen te benaderen (bijvoorbeeld omdat historische informatie afwezig is), zijn hierin niet opgenomen. Deze hebben ook nooit de intentie sturend te zijn.

Sector	Tariefonderdeel	Reden voor normeren	Basis voor de norm
MSZ	IC-dagen (maximale bezetting)	Kwaliteitskader schrijft een maximale bedbezetting voor	Corrigeren van kostprijzen door historische bedbezetting te vergelijken met norm vanuit een kwaliteitskader
Wlz	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (inzet verpleegkundig personeel)	Aansturen op zorglevering volgens standaard (via een budgetverhoging in tarieven)	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg
Wlz en ggz	Huisvestingskosten (via de normatieve huisvestingscomponent, NHC) en inventariskosten (via de normatieve inventariscomponent, NIC)	Integrale tarieven, verantwoordelijkheid over zorgvastgoed met o.a. een verwachte doelmatigheidsprikkel	Bouwnormen van het Bouwcollege en expert opinie van TNO
Ggz	Tariefdifferentiatie vrijgevestigd psychiater: ander tarief voor lichte en zware zorg	Doelmatigheid van inzet psychiater verhogen	Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz
Bb's	Personele lasten (op basis van personeel in loondienst)	Dit is een subsidie die een zorgfunctie bekostigt en een gegarandeerde inkomstenbron is. Vanuit die gedachte valt moeilijk te verantwoorden dat de subsidie een inkomen uit ondernemerschap voor vrijgevestigden vergoedt.	Salarisadministratie: personeel in loondienst