

Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg

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.

Kenmerk
BR/CU-5082

1. Reikwijdte

Medisch specialistische zorg

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria en abortusklinieken) door audiologische centra, centra voor erfelijkheidsonderzoek en instellingen die geriatrische revalidatiezorg (GRZ) leveren.

Deze beleidsregel is eveneens van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden. Voor de toepassing van het beleid worden zij onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving voor het desbetreffende specialisme door de NZa.

Deze beleidsregel is eveneens van toepassing op handelingen¹ op het gebied van de individuele gezondheidszorg of werkzaamheden² in het kader van de beroepsuitoefening geleverd door of onder verantwoordelijkheid van zorgaanbieders die medisch specialistische zorg leveren, doch slechts indien en voor zover deze handelingen en werkzaamheden niet zijn begrepen onder het genoemde in de twee voorgaande alinea's.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Deze beleidsregel is eveneens van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in de beleidsregel Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2o, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

Voorts is deze beleidsregel van toepassing op forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010 875), doch slechts indien en voor zover deze zorg ingevolge artikel 6 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg) onder de reikwijdte van de Wmg valt.

2. Doel van de beleidsregel

Deze beleidregel beoogt een transparante beschrijving te geven van de uitgangspunten die de NZa hanteert bij de totstandkoming van tarieven.

3. Begripsbepalingen

3.1 Tariefprincipes

Alternatieven, criteria en afwegingen die de NZa hanteert bij keuzes hoe tarieven te onderbouwen en welke elementen hierin worden opgenomen.

3.2 Tariefgrondslag

Het type regulering, d.w.z. prijs- of kostenregulering, met daarbij een uitwerking van de grondslag waarop deze is gebaseerd. Tussen deze twee typen bestaan tussenvormen en ook zijn hybride grondslagen mogelijk.

3.3 Tariefsoort

Op grond van de Wmg kan van de navolgende tariefsoorten sprake zijn: vrij tarief, vast tarief, minimum tarief en maximum tarief. Daarmee herbergt de Wmg ook de mogelijkheid van een bandbreedte tarief en een gedifferentieerd maximum. Een bandbreedte tarief bepaalt de onder- en bovengrens waarbinnen prijsafspraken gemaakt kunnen worden. Een gedifferentieerd maximum is een regulier maximumtarief, waarbij – indien sprake is van bijzondere omstandigheden – zorgverzekeraar en zorgaanbieder een hogere prijs dan het maximumtarief overeen kunnen komen, mits die hogere prijs niet het door de NZa speciaal voor dit soort omstandigheden vastgestelde tweede (hogere) maximumtarief overschrijdt.

4. Criteria

4.1 Bij de keuzes beschreven in artikel 5.2, 5.4, 7.2 en 9.2 past de NZa de volgende criteria en afwegingen toe, waarbij de specifieke situatie in de zorg(deel)markt en specifieke kenmerken van de productstructuur als context dienen:

- (a) de toegankelijkheid van de zorg en de keuzemogelijkheid voor de consument;
- (b) de efficiencyprijkkels;
- (c) de mate waarin de efficiencywinst van de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar en/of consument terecht komt;
- (d) ruimte voor investeringen in kwaliteit en innovatie;
- (e) administratieve lasten;
- (f) uitvoerbaarheid en doorlooptijd tariefaanpassing;
- (g) transparantie;
- (h) informatievoorziening en controleerbaarheid.

5. Tariefprincipe: Tariefgrondslag

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
3 van 14

- 5.1 De NZa hanteert als uitgangspunt dat tarieven, of onderdelen van tarieven, onderbouwd worden op basis van de werkelijke historische kosten uit het meest recente beschikbare boekjaar van een geselecteerde groep zorgaanbieders.
- 5.2 Bij het toepassen van 5.1 maakt de NZa in de uitwerking een keuze uit de volgende mogelijke referentiegroepen:
- (a) de gewogen gemiddelde kosten van een groep zorgaanbieders aselekt gekozen uit de gehele populatie;
 - (b) de gemiddelde historische kosten van een (groep) zorgaanbieder(s) waarvan is vastgesteld dat deze een modaal kostenniveau hebben;
 - (c) de gemiddelde historische kosten van een (groep) zorgaanbieder(s) met complexe patiënten;
 - (d) de historische kosten van een (groep) zorgaanbieder(s) aangeduid als 'best practice';
- 5.3 Wanneer de werkelijke historische kosten van de referentiegroepen in artikel 5.2 niet voldoende betrouwbaar meetbaar blijken, kan de NZa gebruik maken van volgende alternatieve aanpak of bronnen mits hierbij deze bronnen voldoende representatief, controleerbaar en valide zijn.
- (a) elk van bovenstaande opties 5.2(a) – 5.2(d) waarbij niet de historische kosten maar te verwachten kosten worden gebruikt;
 - (b) een modelmatige beschrijving van de kostenopbouw van een prestatie waarin elementen (parameters) gekwantificeerd worden op basis van algemeen toegankelijke bronnen;
 - (c) een expertmethodiek waarbij het tarief of een deel daarvan tot stand komt op basis van analogie met andere zorgprestaties, met aandacht voor waarborgen op juistheid van deze analogie.
- 5.4 Wanneer een of meer van de onderstaande situaties, aanwijzingen of risico's zich voordoen, kan de NZa afwijken van 5.1 als uitgangspunt.
- (a) De informatieafhankelijkheid van de NZa en de mogelijkheid tot manipuleren van informatie zijn naar verwachting of in de praktijk gebleken een groot risico voor het vaststellen van juiste tarieven.
 - (b) De efficiencyprikkels van kostenregulering is naar verwachting of in de praktijk gebleken onvoldoende.
 - (c) De administratieve of de uitvoeringslasten zijn te hoog.
 - (d) De transparantie of de stabiliteit van de tarieven die tot stand komen met kostenregulering als tariefgrondslag is beperkt.
- 5.5 Indien 5.1 niet wordt toegepast zijn afwijkende grondslagen mogelijk voor de onderbouwing van tarieven of onderdelen van tarieven:
- (a) De referentiegroep en/of de bron waarop een tarief(element) wordt gebaseerd komt tot stand op basis van beleidsmatige keuzes, waarmee de tariefgrondslag een normerend karakter krijgt.
 - (b) Een bepaald macrokostenbedrag vormt het uitgangspunt voor de tariefgrondslag waarbij tarieven tot stand komen door deze rond te rekenen op dit macrokostenbedrag.

6. Tariefprincipe: Ondernemersrisico

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
4 van 14

- 6.1 Ondernemersrisico kan een element zijn in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van een financiële reserve nodig om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is.
- 6.2 In tarieven wordt een opslag opgenomen voor ondernemersrisico, tenzij sprake is van de in 6.4 genoemde omstandigheid.
- 6.3 Ter onderbouwing van een eventuele opslag voor ondernemersrisico geldt een normatief bepaalde forfaitaire kostenpost 'vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen' (hierna VGREV). De NZa stelt het eigen vermogen waarover de VGREV wordt berekend vast op basis van gemeten eigen vermogens of normatief op 30% van het totale vermogen. Het totale vermogen stelt de NZa vast op basis van gemeten totale vermogens of normatief. Het vergoedingspercentage voor het eigen vermogen bedraagt maximaal:
- het gemeten betaalde vergoedingspercentage voor vreemd vermogen vermeerderd met 2 procentpunten in geval van een uniform maximumtarief;
 - het gemeten betaalde vergoedingspercentage voor vreemd vermogen vermeerderd met 1 procentpunt in geval van een vast tarief.
- 6.4 De NZa ziet af van het opnemen van een opslag voor ondernemersrisico als bedoeld in 6.2 en 6.3, indien en zolang de volgende omstandigheid zich voordoet:
- de tarieven zijn voor de gehele sector structureel onredelijk hoog, hetgeen onder andere blijkt uit reserveposities en bedrijfsresultaten.

7. Tariefprincipe: Zorgzwaarte en uitbijters

- 7.1 Afwijkende hoge of lage kosten voor individuele patiënten zijn voor de NZa geen reden om een tarief naar boven of beneden bij te stellen.
- 7.2 Wanneer differentiatie in de bekostiging noodzakelijk is om structurele onder- of overfinanciering ten gevolge van zorgzwaarte te voorkomen, kan de NZa een drietal oplossingsrichtingen overwegen:
- (a) differentiatie in zorgprestaties met passende tarieven;
 - (b) bij een maximumtarief te kiezen voor complexe 'zorgzware' patiënten als tariefgrondslag (artikel 5.3c), mits voldoende transparantie bestaat over patiëntengroepen met een minder complexe zorgvraag zodat hiervoor in onderhandelingen lagere prijzen kunnen worden afgesproken;
 - (c) het toepassen van een gedifferentieerd maximum tarief opdat in onderhandelingen de noodzaak van een hoger tarief kan worden besproken en gehonoreerd.

8. Tariefprincipe: Kosten van innovatie en kwaliteit

- 8.1 Een tarief zal de landelijke trends volgen waar het kosten en investeringen betreft van innovatie van zorg, kwaliteit van zorg of verbetering van zorgprocessen.
- 8.2 Kosten van lokale initiatieven gericht op innovatie van zorg, kwaliteit van zorg of verbeteren van zorgprocessen worden niet vertaald in een opslag in het landelijke tarief.

9. Tariefprincipe: Herijking tarieven

- 9.1 De NZa herijkt de tarieven in beginsel elke drie jaar. In tussenliggende jaren wordt de reguliere indexatie toegepast.
- 9.2 De NZa kan structureel of incidenteel kiezen om de tarieven, of onderdelen van tarieven, met een hogere of lagere frequentie te herijken. Een belangrijke reden hiervoor zijn signalen dat de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie.

10. Afwijkingsmogelijkheid

Wanneer toepassing van deze beleidsregel leidt tot uitkomsten die naar het oordeel van de NZa ongewenste marktverstorende effecten met zich meebrengen, kan van de inhoud van deze beleidsregel worden afgeweken.

11. Overgangsbepaling

Deze beleidsregel is, ondanks een eerdere datum van inwerkingtreding, van toepassing op tarieven die zijn vastgesteld in tariefbesluiten van de NZa vanaf 1 januari 2013.

Op tariefbesluiten die dateren van vóór 1 januari 2013 en die nadien worden herzien c.q. gewijzigd, is deze beleidsregel evenmin van toepassing, ook al vindt die herziening of wijziging na 1 januari 2013 plaats.

12. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2013.

Met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de reeds eerder door de NZa gepubliceerde (maar nog niet in werking getreden) Beleidsregel Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg met nummer CU-5063 vervangen.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg'.

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
6 van 14

Toelichting

Algemeen

De NZa heeft op basis van de Wmg de bevoegdheid om bij om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Deze beleidsregel beschrijft de afwegingen die de NZa hanteert bij de onderbouwing van tarieven, of onderdelen van tarieven.

Deze beleidsregel kan worden toegepast voor de zorgprestaties van de verschillende zorgmarkten afzonderlijk. Het aangrijpingspunt voor het toepassen van deze beleidsregel kan zijn de integrale zorgprestatie, de kostprijs van zorgactiviteiten of het zorgprofiel waarin wordt beschreven welke zorgactiviteiten onderdeel zijn van de zorgprestatie. Ook kan voor specifieke elementen van de tariefonderbouwing een afweging worden gemaakt aan de hand van deze beleidsregel. Voorbeelden daarvan zijn honoraria, kapitaallasten of productiviteitsparameters.

Regulering door de NZa kan plaatsvinden met verschillende tariefsoorten: punttarieven, maximumtarieven, minimumtarieven, bandbreedtetarieven of vrije prijzen. Besluitvorming over de tariefsoort is een bevoegdheid van het ministerie van VWS. De vigerende tariefsoort heeft invloed op de verschillende afwegingen die in deze beleidsregel aan de orde worden gesteld. De NZa zal in haar adviezen over bekostiging aan het ministerie van VWS de inhoud van deze beleidsregel betrekken.

De beleidsregel is opgesteld vanuit het perspectief dat de productstructuur in combinatie met de geldende tariefsoort voldoende onderhandelruimte en bijbehorende transparantie verschaffen. In dit perspectief dienen gereguleerde tarieven als kaders voor effectieve onderhandelingen tussen partijen, gericht op doelmatige en effectieve zorgverlening. Wanneer in specifieke zorgmarkten deze onderhandelruimte onvoldoende effectief wordt benut, zal de NZa in de toepassing van deze beleidsregel een meer sturende en normerende insteek kiezen.

Artikelsgewijs

Artikel 1. Reikwijdte

De reikwijdte van de beleidsregel omvat de tweedelijns medisch specialistische zorg, inclusief de zorg geleverd door categorale instellingen en de tweedelijns curatieve GGZ. Ook de Forensische zorg is opgenomen in de reikwijdte. Met ingang van 1 januari 2012 is de NZa - a.g.v. een wijziging van het Interimbesluit FZ en van het Bub Wmg - bevoegd om voor de FZ prestaties en tarieven vast te stellen.

Wanneer de vergoeding van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, is het de intentie om deze beleidsregel ook op dit type zorg van toepassing te laten zijn.

Volledigheidshalve wordt vermeld dat de gehele AWBZ-gefinancierde zorg, alsmede de Zvw-gefinancierde eerstelijns zorg, buiten de reikwijdte van deze beleidsregel vallen.

Artikel 2. Doel van de beleidsregel

De beleidsregel zal worden toegepast bij tariefbesluiten van de NZa, of bij de voorbereiding van tariefbesluiten. Deze beleidsregel beschrijft de afwegingen die de NZa hanteert bij de onderbouwing van tarieven, of onderdelen van tarieven, van zorgprestaties zoals deze door de NZa worden vastgesteld. De beleidsregel bevat de hoofdlijnen van beleid, de alternatieven, de afwegingen en de criteria.

De NZa zal deze beleidsregel ex ante toepassen bij tariefvraagstukken in specifieke zorgmarkten tweedelijns curatieve zorg. Bij toepassing van deze beleidsregel in specifieke zorgmarkten zijn de volgende aspecten medebepalend voor de uitkomst van de afwegingen: de geldende tariefsoort, de specifieke situatie in de zorg(deel)markt en specifieke kenmerken van de productstructuur in deze zorg(deel)markt. De NZa zal bij de toepassing van deze beleidsregel aandacht besteden aan de raakvlakken met gerelateerde zorgmarkten, waaronder eerstelijnszorg en langdurige zorg.

De beleidsregel beperkt zich tot het onderbouwing van de tarieven en gaat niet in op de wijze waarop kortingen, opgelegd in een aanwijzing van het ministerie van VWS, worden verwerkt in de tarieven. In dat geval zijn de alsdan geldende tarieven niet, c.q. niet langer, in overeenstemming met de tariefprincipes zoals die in de voorliggende beleidsregel zijn opgenomen. Daarmee wordt de invloed van de politiek op de tariefbesluiten van de NZa gescheiden van de onderbouwing door de NZa.

Artikel 4. Criteria

Op diverse onderdelen in deze beleidsregel worden keuzes beschreven die de NZa kan maken. Bij deze keuzes worden de criteria in artikel 4 tegen elkaar afgewogen. Deze criteria hebben geen onderlinge hiërarchie. Bij toepassing voor specifieke zorgmarkten zal de NZa aandacht besteden aan de weging van al deze criteria. Dit betekent dat het belang van een afzonderlijk criterium, al naar gelang de zorgmarkt die wordt onderzocht, meer of minder relevantie heeft.

Als eerste is genoemd de toegankelijkheid en de keuzemogelijkheid voor de consument. Deze toegankelijkheid komt in het geding wanneer uit impactanalyses blijkt dat gespecialiseerde zorg voor specifieke groepen cliënten niet langer wordt geboden of niet langer dreigt te worden geboden.

Ook zal de NZa als regulator bekijken of er sprake is van voldoende efficiencyprikkels en hoe de efficiencywinst verdeeld wordt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar wordt hierbij gezien als inkoper namens de consument.

De toegang tot de zorgmarkt voor zorgaanbieders is geen criterium maar heeft wel een relatie met de toegankelijkheid van de zorg voor de consument en de keuzevrijheid. Toegankelijkheid tot de zorgmarkt zal door de NZa daarom ook in dit perspectief worden bekeken.

Artikel 5. Tariefgrondslag

Voor tariefregulering zijn in essentie twee keuzes voorhanden: regulering gebaseerd op kosten of gebaseerd op prijzen. Daarbij zijn diverse economische, uitvoeringstechnische en beleidsmatige afwegingen te maken. Deze afwegingen zijn in deze beleidsregel opgenomen.

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
8 van 14

Inzake tariefgrondslag is de eerste keuze tussen kostenregulering en prijsregulering. Deze twee typen reguleringsvormen geven ook het onderscheid in hoofdtypen tariefgrondslagen weer; die gebaseerd op kosten en die gebaseerd op prijzen. In een notendop ziet de economische theorie kostenregulering (ook wel rendementsregulering genoemd) als rechtvaardig maar inefficiënt, en prijsregulering (ook wel prijsplafond genoemd) als efficiënt maar onrechtvaardig.

Met kostenregulering worden te hoge winsten voorkomen. Tegelijkertijd leidt het mogelijk tot frequente aanpassingen van het tarief. Dit is positief als meebewegende tarieven nodig zijn om investeringen te faciliteren; in kapitaalextensieve sectoren – zoals de zorg – speelt dit minder en kunnen frequente aanpassingen vooral als nadeel worden gezien in termen van administratieve lasten en onzekerheid. Daarnaast ontbreekt het aan sterke prikkels voor kostenefficiëntie en innovatie. Extra kosten zijn onder deze grondslag namelijk bedrijfsmatig geen probleem; uiteindelijk worden ze deels verrekend in de tarieven. Bedrijfsmatige risico's die kosten veroorzaken worden hierdoor niet door de juiste partij gedragen. Ten slotte zijn de uitvoeringskosten voor de toezichthouder hoog omdat de relatie tussen kosten en tarieven gevalideerd moet worden, waarbij over het algemeen een grote afhankelijkheid bestaat van de gereguleerde bedrijven.

Hoewel het conceptuele uitgangspunt van kostengebaseerde tariefgrondslagen, waarbij dalende kosten leiden tot lagere tarieven, geen sterke, inherente prikkel tot kostenefficiëntie impliceert, kunnen er tussen markten en (binnen een markt) tussen aanbieders verschillen bestaan. Hoe meer spelers er in de markt aanwezig zijn, hoe kleiner de impact van een individuele aanbieder op de (gemiddelde) kosten in de sector. Kleine spelers kunnen daardoor nog steeds de vruchten plukken van kostenverlaging. Hoe kleiner, daarentegen, het aantal spelers op de markt hoe kleiner de prikkel tot kostenefficiëntie.

Voorbeelden van prijsregulering zijn een tariefstelling op basis van benchmarking en een onderbouwing van tarieven door verdeling van de totale beschikbare middelen. Het belangrijkste voordeel van prijsregulering is dat de uitvoeringskosten in beginsel lager zijn; er is geen noodzaak tot een gedetailleerd inzicht in en controle op de kosten. Prijsregulering begrenst daarnaast het risico op prijsstijgingen voor de consument. Prijsregulering biedt tevens een sterke prikkel voor kostenefficiëntie omdat een extra kostendaling door de aanbieder kan worden behouden als winst: binnen de reguleringsperiode daalt het tarief niet mee met de verlaagde kosten.

Er bestaan verschillende tussenvormen en hybride vormen van tariefregulering. In veel gevallen zal ook tariefregulering gebaseerd zijn op informatie over de kostenontwikkeling, waarbij de regulator vanuit haar verantwoordelijkheid normerende elementen toevoegt.

Artikel 5.1 beschrijft dat de NZa in beginsel tarieven, of onderdelen van tarieven, zal onderbouwen op basis van werkelijke kosten. Dit betekent dat de tarieven de kostenontwikkeling in de zorg zullen volgen. De NZa kan hiervan afwijken wanneer daar aanleiding voor is.

Kostenregulering, dus het toepassen een kostenoriëntatie, betekent dat de kosten verbonden met het leveren van de zorg de basis vormen van het tarief. De tarieven volgen de landelijke trend. Dit geldt ook voor trends in investeringen in bijvoorbeeld kwaliteit, innovatie en zorgregistratie. Kosten van lokale initiatieven gericht op kwaliteit of innovatie van zorg of zorgprocessen worden niet vertaald in een opslag in het landelijke tarief. Dit is verwoord in artikelen 7 en 8.

Toepassing van deze beleidregel kan ook voor onderdelen van tarieven. Voorbeelden van tariefonderdelen zijn: productiviteit uitgedrukt als percentage patiëntgebonden tijd, de honorariumcomponent in een tarief, het profiel ofwel de wijze waarop de zorg wordt geleverd.

Artikel 5.2 en 5.3 beschrijven de diverse wijzen waarop tarieven kostengebaseerd tot stand kunnen komen. Bij afweging hiertussen worden de criteria in artikel 4 toegepast. Enkele van deze opties hebben een relatie met de tariefsoort die in een zorgmarkt geldt. Keuze (a), de gewogen gemiddelde kosten, heeft de voorkeur bij een maximumtarief waarbij marktpartijen in gesprek gaan over lokale verschillen. Keuze (c), de kosten van zorgaanbieders met complexe patiënten, kan worden toegepast bij een maximumtarief wanneer voldoende transparantie bestaat over patiëntengroepen in relatie tot zorgzwaarte. Keuze (d) is het meest logisch bij een minimumtarief. Wanneer werkelijke historische kosten onvoldoende betrouwbaar te meten zijn, biedt artikel 5.3 een aantal alternatieven die niet de werkelijke kosten meten, maar waarbij werkelijke kosten de insteek is.

Een voorbeeld van optie 5.3c, de modelmatige aanpak, is de onderbouwing van de zorgzwaarte- pakketen (ZZP) voor de AWBZ. Daar zijn op basis van openbare bronnen de bouwstenen van het tarief gekwantificeerd, waaronder het zorgprofiel, de looncomponent, het ziekteverzuim, de productiviteit en de indirecte kosten.

Artikel 5.4 beschrijft situaties waarin afgeweken kan worden van de uitgangspunten, zoals geformuleerd in artikel 5.1. Deze afwijking kan van toepassing zijn voor het totale tarief, maar ook voor onderdelen van het tarief. Zo is het mogelijk om bijvoorbeeld de kostprijs per kostendrager te reguleren door hierin normerende factoren op te nemen terwijl wel het werkelijke zorgprofiel gevolgd wordt. Door deze toepassing op onderdelen van het tarief heeft de NZa de mogelijkheid om bijvoorbeeld wel normerend te zijn voor productiviteit en het kostenniveau, maar tegelijkertijd in de tariefonderbouwing voor het tarief aan te sluiten bij wijze waarop de zorg wordt geleverd.

Artikel 5.5 beschrijft de grondslagen die de NZa kan toepassen wanneer uit 5.4 volgt dat een meer regulerende vorm van tariefonderbouwing gewenst is. Een modelmatige aanpak (5.3b) met benoemde elementen waaruit het tarief is opgebouwd, kan een geschikte methode zijn waarbij op het niveau van deze elementen een normatieve, taakstellende grondslag gekozen wordt.

De optie 5.5b is een alternatief waarbij ex ante de beschikbare financiële ruimte als tariefgrondslag geldt. Deze optie is toegepast voor de honoraria van de medisch specialisten. Deze optie is een ex ante

toepassing van het budgettaire kader in tegenstelling tot kortingen die ex post worden opgelegd vanuit de rijksbegroting.

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
10 van 14

Uit de hiërarchie in artikel 5 volgt ook dat in zorgmarkten waar een nieuwe productstructuur wordt geïntroduceerd ten behoeve van de invoering van prestatiebekostiging, een eerste tariefonderbouwing kostengeoriënteerde zal zijn. Daarbij kan als kader worden gehanteerd dat de totale makrokosten niet hoger zijn dan het totale bedrag in de eerdere bekostiging. Ook met deze rondrekening zijn de tarieven kostengeoriënteerd.

Artikel 6. Ondernemersrisico

Zorgaanbieders zijn vrijwel alle aan te merken als ondernemingen en lopen ondernemingsrisico's. Als er sprake is van een ondernemer, dan vertalen de ondernemingsrisico's zich, via het geïnvesteerd eigen vermogen van de ondernemer in ondernemingsrisico's. De omvang daarvan verschilt van zorgsector tot zorgsector en per sector ook tussen verschillende ondernemingen. Ondernemingen (niet alleen binnen de zorg) kunnen in het algemeen drie strategieën volgen om risico's te beperken. Ten eerste kunnen zij investeren in het mitigeren van de risico's. Ten tweede, wat betreft de overgebleven risico's die de ondernemer niet kosteneffectief kan mitigeren, daartegen kan de ondernemer zich voor een deel verzekeren. Zowel de risicomitigerende investeringen als de verzekeringspremies komen in de kosten tot uitdrukking en vormen daarmee automatisch onderdeel van de basis van een kostengebaseerd tarief. De derde strategie, waarmee de na mitigeren en verzekeren overgebleven risico's afgedekt kunnen worden, is het vormen van reserves. Hoe groot die reserves moeten zijn is afhankelijk van de omvang van de overgebleven risico's. Ondernemingen vullen die reserves in het algemeen vanuit hun marges, het verschil tussen prijs en kosten. Voor zorgaanbieders die (deels) te maken hebben met tariefregulering is die mogelijkheid begrensd.

Met het beleid omtrent ondernemersrisico beantwoordt de NZa twee vragen:

- i. Wanneer is het nodig om zorgaanbieders in een bepaalde sector de mogelijkheid te bieden extra reserves op te bouwen tegen bepaalde ondernemersrisico's?
- ii. Indien nodig, hoe krijgen die zorgaanbieders dan die mogelijkheid, en hoe bepaalt de NZa de hoogte?

Ad i

Het opnemen van de mogelijkheid om extra reserves op te bouwen in een vast tarief of uniform maximumtarief is vanuit economisch perspectief standaard praktijk, maar het werkt ook kostenverhogend. Om die reden gaat het NZa-beleid op dit punt uit van: "ja, tenzij ...". In principe wordt een uniforme opslag in het tarief opgenomen. Vanwege de negatieve effecten op betaalbaarheid is het opnemen van zo'n opslag niet meer gerechtvaardigd als de tarieven evident te hoog worden vastgesteld, wat tot uitdrukking komt in een sectorbrede structurele overwinsten en/of hoge reserves. In het artikel is ook opgenomen de mogelijkheid om de toeslag tijdelijk te verhogen indien de toegankelijkheid of de kwaliteit ernstig in het geding is, bijvoorbeeld omdat zonder de opslag een substantieel aantal aanbieders failliet dreigt te gaan, of als de IGZ aangeeft dat de kwaliteit van zorg bij een substantieel aantal aanbieders tot onder een minimaal niveau dreigt te dalen.

Ad ii

Indien een uniforme opslag op het tarief voor ondernemingsrisico's nodig wordt gevonden, dan wordt deze normatief berekend op basis van een forfaitaire kostenpost: een vergoeding voor het gedeerd rendement op eigen vermogen (VGREV). Hiermee wordt aangesloten bij het enige relevante effect van ondernemingsrisico's voor de ondernemer, de verschafter van eigen vermogen, namelijk een tegenvallend rendement op dat eigen vermogen. Deze vergoeding wordt noodzakelijkerwijs normatief bepaald, omdat hij niet te meten is, het zijn zogenaamde *opportunity costs*. Als inputs voor de berekening kunnen mogelijk wel het eigen vermogen zelf of het totale vermogen gemeten worden. Indien dat niet betrouwbaar kan, wordt ook hier voor een normatieve vaststelling gekozen.

Het opnemen van een vergoeding voor de kosten van eigen vermogen sluit aan bij de beginselkeuze voor werkelijke kosten: kosten van eigen vermogen zijn een algemeen geaccepteerde bedrijfseconomische kostenpost. Het antwoord op de vervolgvraag, hoe hoog die vergoeding moet zijn, sluit idealiter aan bij de hoeveelheid risico die in de sector wordt gelopen. Maar die is zeer lastig te bepalen. Vandaar dat deze beleidsregel kiest voor een pragmatische oplossing: als vergoedingspercentage wordt gekozen het gemiddelde betaalde rentepercentage op vreemd vermogen vermeerderd met een extra risico-opslag van een of twee procent.

Artikel 7. Zorgzwaarte en uitbijters

De beleidregel maakt onderscheid tussen uitbijters (ook wel outliers genoemd) en zorgzwaarte die respectievelijk een incidenteel en een structureel karakter hebben.

Er is sprake van een uitbijter indien de kosten voor de zorg aan een individuele patiënt incidenteel belangrijk hoger of lager zijn dan de tariefgrondslag. De NZa maakt geen tariefaanpassing voor uitbijters omdat deze een incidenteel karakter hebben.

Er is sprake van een hoge mate van zorgzwaarte wanneer zorg voor een instelling, afdeling of patiëntenpopulatie structureel resulteert in een uitgebreider zorgprofiel, meer tijdsbeslag of de structurele inzet van zwaardere behandelaarsgroepen dan het gemiddeld profiel. Dit leidt tot een hoger kostenbeslag. Het hogere kostenbeslag wordt daarbij niet veroorzaakt door inefficiency of ondoelmatigheid, maar door een structureel uitgebreider zorgprofiel op basis van de specifieke patiëntkenmerken van de patiëntenpopulatie. Om te spreken van een hoge of lage mate van zorgzwaarte moet er sprake zijn van een significante structurele afwijking tussen de geleverde (zorg)kosten (op niveau van instelling of patiëntenpopulatie) en de vergoeding die hier tegenoverstaat. De tegenhanger van zorgzwaarte is zorglichte. Onder zorglichte wordt bedoeld dat er is sprake van een instelling, afdeling of patiëntenpopulatie dat structureel resulteert in een minder uitgebreide zorgprofiel en/of minder tijdsbeslag van de behandelaar / medisch specialist wat uiteindelijk leidt tot een lager kostenbeslag. Hierbij hebben instellingen te maken met een structurele overfinanciering van de geleverde zorg.

Artikel 8.2 beschrijft de mogelijkheden die de NZa heeft om tegemoet te komen aan zorgzwaarte. Deze mogelijkheden zijn nevensgeschikt. De

keuze tussen deze mogelijkheden zal worden gebaseerd op de criteria en overwegingen beschreven in artikel 4.

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
12 van 14

In veel gevallen lukt het om voldoende differentiatie in zorgprestaties te maken zodat voor groepen patiënten die lichtere of zwaardere zorg krijgen ook een lager of hoger tarief in rekening kan worden gebracht. Voorbeelden zijn het tijdschrijven in de curatieve GGZ en de extra knooppunten in de DOT zorgproducten voor tweedelijns somatische zorg.

Een alternatief is te kiezen voor de zorgzware patiënten als tariefgrondslag, zoals bedoeld in artikel 5.3. Voorwaarde hiervoor is dat voldoende duidelijk is welke zorgaanbieders veelal patiënten behandelen met een lichte of meer complexe zorgvraag. Alleen voldoende transparantie hierover maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot goede prijsafspraken kunnen komen.

Een tweede alternatief is het gebruik van het gedifferentieerd maximum als tariefsoort. Daarbij geldt het eerste maximum als regulier maximumtarief en kan in geval van structurele onderfinanciering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder ook een hogere prijs kan worden overeengekomen onder het tweede maximum.

Artikel 8. Kosten van innovatie en kwaliteit

Er zijn veel voorbeelden van innovatiekosten en kosten voor kwaliteitssystemen over kwaliteitsverbetering die volgen uit een landelijke trend of die voortkomen uit richtlijnen. Deze kosten houden verband met het leveren van deze zorg. Vanwege de nauwe relatie met de levering van de zorgprestatie neemt de NZa de kosten die redelijkerwijs noodzakelijk en onvermijdelijk zijn voor de levering van de individuele zorgprestatie mee in de vaststelling van het tarief. Dit betekent dat de kosten van innovaties en kwaliteit met een landelijk karakter zullen worden opgenomen in de tariefonderbouwing.

Wanneer historische informatie de basis vormt van de tariefonderbouwing, zal hierbij sprake zijn van een tijdsvertraging voor het doorwerken in het tarief. Het hogere kostenniveau komt dan met een tijdsvertraging in de tarieven, en zal effectief doorwerken in de jaren nadat de investeringskosten al zijn gedaan.

Daarnaast kunnen individuele zorgaanbieders ook investeren in innovaties of kwaliteit. Lokale initiatieven die afwijken van de landelijke trends zullen door het gekozen beleid geen onderdeel zijn van de tarieven. Voorbeelden hiervan zijn activiteiten die voorheen via de LPT werden bekostigd of een zorgaanbieder die lokaal de rol van kenniscentrum op zich neemt.

Afhankelijk van de onderhandelruimte geboden door de tariefsoort in combinatie met transparantie, kunnen zorgaanbieders afspraken met verzekeraars over de bekostiging van deze lokale initiatieven. De mate waarin dit effectief wordt toegepast is afhankelijk van de marktverhoudingen en de transparantie over dit onderwerp. Ook kan gebruik gemaakt worden van de NZa-beleidsregel innovatie die het mogelijk maakt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor innovatieve prestaties tijdelijk onderling een prijs vast te stellen voor een nieuwe zorgprestatie.

Naast bekostiging van innovatie via tarieven, bestaan ook diverse andere financiering- en subsidiemogelijkheden die kunnen worden ingezet om verbeteringen in de zorg te realiseren. Deze vallen buiten de

bevoegdheden van de NZa en daarom ook buiten de reikwijdte van deze beleidsregel.

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
13 van 14

Artikel 9. Herijken tarieven

De NZa hanteert als beginsel dat tarieven elke drie jaar herijkt worden. Hierin is een afweging op hoofdlijnen besloten van administratieve lasten, reguleringszekerheid en de dynamiek van kostenontwikkeling in de tweedelijns zorg.

Wanneer gekozen is voor kostenregulering, betekent dit dat met deze periodiciteit een onderzoek zal worden gedaan naar de ontwikkeling van kosten en zorgprofielen. Ook voor de andere tariefgrondslagen zullen de onderliggende bronnen en normerende beleidskeuzes per deze periodiciteit worden herijkt.

De NZa kan voor deelmarkten binnen de curatieve tweedelijns zorg structureel of incidenteel een andere frequentie voor de herijking hanteren. Een belangrijke reden hiervoor zijn aanwijzingen dat de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij landelijke trends voor investeringen in kwaliteit of innovatie.

Grote wijzigingen in de productstructuur kunnen ook aanleiding zijn voor het initiëren van onderzoek gericht op het bepalen of herijking van de tarieven. Bij kleinere wijzigingen in de productstructuur is de beschikbare data veelal voldoende om voor nieuwe prestaties en tarieven te bepalen.

De NZa kiezen ervoor kiezen niet het totale tarief maar wel specifieke elementen van een tarief, bijvoorbeeld het zorgprofiel van de trajecten of een productiviteitsnorm, frequenter of minder frequent te herijken. Overwegingen hierbij zijn de snelheid waarmee deze elementen zich in de praktijk ontwikkelen.

Artikel 11. Overgangsbepaling

Uit dit artikel volgt dat deze beleidsregel materieel pas effect heeft op tarieven die vanaf 1 januari 2013 in een tariefbesluit van de NZa zijn vastgesteld. Op tarieven die betrekking hebben op, c.q. zijn vastgesteld, in tariefbesluiten van vóór 1 januari 2013 is de voorliggende beleidsregel derhalve niet van toepassing. Dat geldt ook voor wijzigingen of herzieningen van tariefbesluiten die dateren van vóór 1 januari 2013, ook al vinden die wijzigingen of herzieningen plaats na 1 januari 2013: ook op dergelijke, na 1 januari 2013 gewijzigde tarieven is deze beleidsregel niet van toepassing.

Artikel 12. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2013.

Met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de reeds eerder door de NZa gepubliceerde (maar nog niet in werking getreden) Beleidsregel Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg met nummer CU-5063 vervangen.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: "Beleidsregel Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg".

Kenmerk
BR/CU-5082

Pagina
14 van 14