

## Algemeen kader tariefprincipes 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-5149

### Artikel 1. Reikwijdte

- 1.1 Deze beleidsregel is van toepassing op de vormen van zorg als genoemd in de artikelen 2.4 tot en met 2.11 van het Besluit zorgverzekering, verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, vervoer als bedoeld in de artikelen 2.13 en 2.14 van het Besluit zorgverzekering, alsmede forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010 875), doch slechts voor zover die forensische zorg ingevolge artikel 6 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg) onder de reikwijdte van de Wmg valt.
- 1.2 Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in het vorige lid, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen<sup>1</sup> of werkzaamheden<sup>2</sup> op het terrein van de in het vorige lid bedoelde zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.3 Niet onder de reikwijdte van deze beleidsregel valt:
  - medisch specialistische zorg geleverd door sanatoria, en
  - abortuszorg geleverd door abortusklinieken.

### Artikel 2. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel beoogt een transparante beschrijving te geven van de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven op grond van haar bevoegdheden die volgen uit de Wmg.

### Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

#### 3.1 Tariefprincipes

De NZa hanteert de volgende tariefprincipes: tariefgrondslag, ondernemersrisico, functionele bekostiging, zorgzwaarte en uitbijters, kosten van innovatie en kwaliteit, de herijking van tarieven.

Bij deze principes beschrijft de NZa criteria, afwegingen en alternatieven die de NZa hanteert bij keuzes hoe tarieven te onderbouwen en welke elementen hierin worden opgenomen.

#### 3.2 Tariefsoort

Op grond van de Wmg kan van de navolgende tariefsoorten sprake zijn: vrij tarief, vast tarief, minimumtarief en maximumtarief. 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

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

<sup>2</sup> Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

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.

**Kenmerk**  
BR/CU-5149  
**Pagina**  
2 van 10

#### **Artikel 4. Tariefprincipe: Tariefgrondslag**

4.1 De NZa hanteert als uitgangspunt dat tarieven, of onderdelen van tarieven, onderbouwd worden op basis van kosten.

4.2 De NZa baseert haar keuze in de volgende artikelen op onderstaande criteria:

- de toegankelijkheid van de zorg en de keuzemogelijkheid voor de burger;
- de aanwezigheid van doelmatigheidsprikkels;
- de marktdynamiek en de mate waarin participerende marktpartijen (burger, zorgaanbieder en zorgverzekeraar) voldoende tegenwicht (kunnen) bieden aan elkaar;
- de ruimte voor investeringen in kwaliteit en innovatie;
- de administratieve lasten;
- de uitvoerbaarheid en doorlooptijd van de tariefaanpassing;
- de transparantie;
- de informatievoorziening en controleerbaarheid.

4.3 De NZa kan in de uitwerking gebruik maken van de volgende bronnen om de kosten te bepalen:

- werkelijke historische kosten van een zorgaanbieder of van een (geselecteerde) groep van zorgaanbieders;
- openbare gegevens van een zorgaanbieder of van een (geselecteerde) groep van zorgaanbieders;
- een beschrijvende norm die beoogt de werkelijke kosten te benaderen.

4.4 Indien de NZa gebruik maakt van een (geselecteerde) groep zorgaanbieders (artikel 4.3), maakt de NZa in de uitwerking een keuze uit de volgende mogelijke referentiegroepen:

- de gehele populatie;
- een groep zorgaanbieders aselect gekozen uit de gehele populatie;
- een (groep) zorgaanbieder(s) waarvan is vastgesteld dat deze een modaal kostenniveau hebben;
- een (groep) zorgaanbieder(s) met complexe patiënten;
- een (groep) zorgaanbieder(s) aangeduid als 'best practice'.

4.5 Om op basis van een referentiegroep (artikel 4.4) te komen tot een landelijk tarief, kan de NZa de volgende keuzes maken:

- de (gewogen) gemiddelde kosten;
- de middelste waarneming uit een reeks gemeten kosten (mediaan).

4.6 Wanneer de NZa de tarieven, of onderdelen van tarieven, niet onderbouwt op basis van kosten (artikel 4.1), kan de NZa gebruik maken van prijsgeoriënteerde tarieven. Hierbij maakt de NZa in de uitwerking een keuze uit de volgende methodes:

- 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;

- een bepaald macrokostenbedrag waarbij het tarief, of een deel daarvan, tot stand komt door deze rond te rekenen op dit macrokostenbedrag.

**Kenmerk**  
BR/CU-5149

**Pagina**  
3 van 10

4.7 Wanneer specifieke zorg(deel)markten onvoldoende aan de criteria voor het beoordelen van de tariefgrondslag voldoen, door bijvoorbeeld een gebrek aan doelmatigheidsprikkels en onvoldoende marktdynamiek, zal de NZa in de toepassing van deze beleidsregel een meer sturende en normerende insteek kiezen.

#### **Artikel 5. Tariefprincipe: Ondernemersrisico**

5.1 De NZa hanteert als uitgangspunt dat ondernemersrisico een element is in de opbouw van het tarief. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van een financiële reserve die nodig is om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is. In de tarieven wordt hiervoor een opslag gehanteerd.

5.2 Ter onderbouwing van deze opslag voor ondernemersrisico geldt een kostenpost 'vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen'. De hoogte van de vergoeding voor de kosten van het eigen vermogen wordt noodzakelijkerwijs normatief bepaald. De wijze waarop dit wordt berekend, wordt in de sectorspecifieke beleidsregels beschreven.

#### **Artikel 6. Tariefprincipe: Functionele bekostiging**

De NZa hanteert als uitgangspunt dat voor dezelfde prestaties in beginsel dezelfde tarieven (en tariefsoort) gelden, ongeacht welke zorgaanbieder de zorg levert.

#### **Artikel 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:

- differentiatie in zorgprestaties met passende tarieven;
- bij een maximumtarief te kiezen voor complexe 'zorgzware' patiënten als tariefgrondslag, mits voldoende transparantie bestaat over patiëntengroepen met een minder complexe zorgvraag zodat hiervoor in onderhandelingen lagere prijzen kunnen worden afgesproken;
- het toepassen van een gedifferentieerd maximumtarief (max-max) zodat in onderhandelingen de noodzaak van een hoger tarief kan worden besproken en gehonoreerd.

#### **Artikel 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. Dit betekent dat de kosten van innovaties en kwaliteit met een landelijk karakter onderdeel uitmaken van het tarief.

8.2 Kosten van lokale initiatieven gericht op innovatie van zorg, kwaliteit van zorg of verbeteren van zorgprocessen, die afwijken van de landelijke trends, worden niet vertaald in het landelijke tarief.

## **Artikel 9. Tariefprincipe: Herijking tarieven**

**Kenmerk**  
BR/CU-5149

**Pagina**  
4 van 10

9.1 De NZa streeft ernaar de tarieven periodiek te herijken. In tussenliggende jaren wordt de reguliere indexatie toegepast.

9.2 De NZa kan er per (deel)sector voor kiezen om de tarieven, of onderdelen van tarieven, met een hogere of lagere frequentie te herijken wanneer:

- de kostenontwikkeling sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie;
- een geldend tarief de regulerende prikkels in de betreffende zorgmarkt onvoldoende op peil houdt.

## **Artikel 10. Afwijkingsmogelijkheid**

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

## **Artikel 11. Intrekking oude beleidsregel**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de 'Beleidsregel tariefprincipes curatieve zorg', met kenmerk BR/CU-5127, ingetrokken.

## **Artikel 12. Overgangsbepaling**

De 'Beleidsregel tariefprincipes curatieve zorg', met kenmerk BR/CU-5127, 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 13. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2017. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg'.

## Toelichting

**Kenmerk**  
BR/CU-5149

**Pagina**  
5 van 10

### *Algemeen*

Met de vaststelling van deze beleidsregel zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van de voorgaande beleidsregel:

- uitbreiding van de reikwijdte met de sector eerstelijnszorg en ketens;
- onderbouwing van de tarieven, of onderdelen van tarieven, vindt plaats op basis van kosten waarbij er een gelijkwaardige keuze is tussen kostprijsgegevens van zorgaanbieders en openbare bronnen;
- opname van het tariefprincipe ondernemersrisico;
- opname van het tariefprincipe functionele bekostiging.

Ter verdere toelichting het volgende.

De NZa heeft op basis van de Wmg de bevoegdheid 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: vaste tarieven, maximumtarieven, minimumtarieven, bandbreedtetarieven of vrije prijzen. Besluitvorming over de tariefsoort is een bevoegdheid van het ministerie van VWS. De 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.

Om tarieven op kosten te kunnen baseren doet de NZa onderzoek naar de kosten van een zorgmarkt. De methode om de kosten te bepalen en toe te rekenen aan de kostendragers staan beschreven in sectorspecifieke kostprijsmodellen. Het kostprijsmodel is daarmee een bepaalde specifieke uitwerking van het bepalen van de kosten per eenheid, die als grondslag dient voor een tariefberekening. Een kostprijsmodel dient binnen de kaders van de tariefprincipes te blijven en de beleidsmatige keuzes die daarover zijn gemaakt. De uitkomsten van het kostprijsmodel worden vertaald in tarieven van de prestatiestructuur en is daarom sectorspecifiek. De sectorspecifieke beleidsregels geven invulling aan de tariefberekening.

De beleidsregel is opgesteld vanuit het perspectief dat de productstructuur in combinatie met de geldende tariefsoort voldoende onderhandelingsruimte 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 onderhandelingsruimte onvoldoende effectief wordt benut, zal de NZa in de toepassing van deze beleidsregel een meer sturende en normerende insteek kiezen.

*Artikelsgewijs***Kenmerk**  
BR/CU-5149**Pagina**  
6 van 10*Artikel 1. Reikwijdte*

De reikwijdte van de beleidsregel omvat de eerstelijnszorg, de tweedelijns medisch specialistische zorg, inclusief de zorg geleverd door categorale instellingen, en de geneeskundige GGZ (zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ). Ook de forensische zorg valt onder de reikwijdte.

Volledigheidshalve wordt vermeld dat medisch specialistische zorg geleverd door sanatoria en abortuszorg geleverd door abortusklinieken niet onder 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 het algemeen kader dat 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 in de 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 mogelijk ook de langdurige zorg.

De beleidsregel beperkt zich tot het onderbouwen van de tarieven en gaat niet in op de wijze waarop kortingen, opgelegd in een aanwijzing van het ministerie van VWS<sup>3</sup>, 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 deze 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. Tariefgrondslag*

Voor tariefregulering is in essentie één keuze voorhanden: regulering gebaseerd op kosten. Het toepassen van deze kostengeoriënteerde benadering betekent dat de kosten verbonden met het leveren van de zorg de basis vormen van het tarief. Hierbij zijn diverse economische, uitvoeringstechnische en beleidsmatige afwegingen te maken. Deze afwegingen zijn in deze beleidsregel opgenomen.

Artikel 4.2 beschrijft de criteria die de NZa hanteert bij het maken van keuzes in paragraaf 4. 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 groot kan zijn.

Eén van de criteria is de toegankelijkheid en de keuzemogelijkheid voor de burger. Deze toegankelijkheid komt in het geding wanneer uit impactanalyses blijkt dat gespecialiseerde zorg voor specifieke groepen

---

<sup>3</sup> Naast een aanwijzing kan er ook sprake zijn van een ministeriële regeling.

cliënten niet langer wordt geboden of niet langer dreigt te worden geboden. Ook zal de NZa als toezichthouder bekijken of er sprake is van voldoende doelmatigheidsprikkels en hoe de efficiencywinst verdeeld wordt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar wordt hierbij gezien als inkoper namens de burger.

**Kenmerk**  
BR/CU-5149  
**Pagina**  
7 van 10

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

Artikel 4.3 beschrijft de diverse bronnen die gebruikt kunnen worden om tot kostengebaseerde tarieven te komen. De eerst beschreven optie is de 'klassieke' methode van het meten van historische kosten bij zorgaanbieders. De wijze waarop een dergelijke kostprijsuitvraag wordt vormgeven, wordt in sectorspecifiek beleid nader geconcretiseerd.

Er zijn ook andere methoden om de werkelijke kosten te benaderen. Een voorbeeld daarvan is de kwantificering van de bouwstenen van het tarief op basis van openbare bronnen waaronder de looncomponent, het ziekteverzuim, de productiviteit en de indirecte kosten.

Om van de werkelijke kosten van een set van instellingen tot een landelijk geldend tarief te komen, is een referentiegroep nodig. Artikel 4.4 beschrijft de referentiegroepen die gekozen kunnen worden om het tarief op te baseren. Bij afweging hiertussen worden de criteria in artikel 4.2 toegepast.

De NZa kan, in afwijking van artikel 4.1, ook op prijs gebaseerde tarieven vaststellen. De NZa zal hiervan gebruik maken als de kosten niet voldoende betrouwbaar meetbaar blijken, historische kosten ontbreken of beheersing van de macrokosten een rol speelt. De methoden die de NZa dan kan hanteren, staan beschreven in artikel 4.6.

Als blijkt dat de onderhandelingsruimte die gereguleerde tarieven bieden door partijen onvoldoende worden benut, kan de NZa er voor kiezen een meer sturende en normerende insteek te kiezen (artikel 4.7).

#### *Artikel 5. Ondernemersrisico*

Zorgaanbieders zijn vrijwel alle aan te merken als ondernemingen en lopen ondernemersrisico's. Als er sprake is van een ondernemer, dan vertalen de ondernemersrisico zich, via het geïnvesteerd eigen vermogen van de ondernemer in ondernemingsrisico's. De omvang daarvan verschilt tussen zorgmarkten onderling en binnen een zorgmarkt tussen verschillende zorgaanbieders.

Ondernemingen 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, 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.

**Kenmerk**  
BR/CU-5149

**Pagina**  
8 van 10

Het opnemen van de mogelijkheid om extra reserves op te bouwen in een vast tarief of uniform maximumtarief is vanuit economisch perspectief standaard praktijk. 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.

Daarom neemt de NZa een opslag in het tarief op. De uniforme opslag op het tarief voor ondernemingsrisico's wordt normatief berekend op basis van een forfaitaire kostenpost: een vergoeding voor het gedeerd rendement op eigen vermogen (VGREV). Deze vergoeding wordt noodzakelijkerwijs normatief bepaald, omdat hij niet te meten is. Het zijn zogenaamde opportunity costs.

De wijze waarop de vergoeding (VGREV) berekend wordt, is in sectorspecifieke regelgeving nader uitgewerkt.

#### *Artikel 6. Functionele bekostiging*

Uitgangspunt van functionele bekostiging is dat in principe voor dezelfde prestaties dezelfde tarieven (en tariefsoort) gelden, ongeacht welke zorgaanbieder de zorg levert.

De tarieven kunnen daarbij gebaseerd worden op de gegevens van de volgende groepen van zorgaanbieders:

- Alle (subgroepen van) zorgaanbieders die zorg leveren;
- Zorgaanbieders die het meest specifiek opgeleid zijn voor het betreffende vakgebied en,
- Zorgaanbieders die het grootste aandeel hebben in de macro-omzet die gerealiseerd wordt met de prestaties van het vakgebied,
- Zorgaanbieders voor wie geldt dat de betreffende prestaties een belangrijk deel uitmaken van de omzet van de individuele zorgaanbieder.

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat deze groep zorgaanbieders kiest voor de meest doelmatige wijze van zorgverlening. Het praktijkkostendeel voor de tarieven kan dus gebaseerd worden op de feitelijke en gemiddelde kosten van één van de groepen aanbieders.

#### *Artikel 7. Zorgzwaarte en uitbijters*

De beleidsregel maakt onderscheid tussen uitbijters (ook wel outliers genoemd) en zorgzwaarte. Uitbijters hebben een incidenteel karakter en zorgzwaarte heeft een structureel karakter.

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 tegenover staat. Andersom kan het ook zo zijn dat er sprake is van een instelling, afdeling of patiëntenpopulatie waar de zorg structureel resulteert in een minder uitgebreid 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.

**Kenmerk**  
BR/CU-5149  
**Pagina**  
9 van 10

Artikel 7.2 beschrijft de mogelijkheden die de NZa heeft om tegemoet te komen aan zorgzwaarte. De keuze tussen deze mogelijkheden zal worden gebaseerd op de criteria en overwegingen beschreven in artikel 4.2.

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.

Een alternatief is het kiezen voor de zwaardere patiëntenpopulatie als tariefgrondslag. Voorwaarde hiervoor is dat voldoende duidelijk is welke zorgaanbieders veelal patiënten behandelen met een lichte of meer complexe zorgvraag.

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 worden overeengekomen tot en met het tweede maximum. In sectorspecifieke regelgeving kunnen aanvullende voorwaarden worden opgenomen, die gelden om een dergelijk tweede maximum in rekening te brengen.

## *Artikel 8. Kosten van innovatie en kwaliteit*

### *Artikel 8.1*

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.

### *Artikel 8.2*

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. Afhankelijk van de onderhandelruimte geboden door de tariefsoort in combinatie met transparantie, kunnen zorgaanbieders afspraken maken met verzekeraars over de bekostiging van deze lokale initiatieven. De mate waarin dit effectief wordt toegepast is afhankelijk van de marktverhoudingen en de transparantie. 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.

*Artikel 9. Herijking tarieven*

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

**Kenmerk**  
BR/CU-5149  
**Pagina**  
10 van 10

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

De NZa kan voor deelmarkten binnen de curatieve 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 herijken van de tarieven. Bij beperkte wijzigingen in de productstructuur is de beschikbare data veelal voldoende om voor nieuwe prestaties en tarieven te bepalen.

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

*Artikel 10. Afwijkingsmogelijkheid*

Wanneer toepassing van deze beleidsregel leidt tot uitkomsten die naar het oordeel van de NZa ongewenste effecten met zich meebrengen, kan van de inhoud van deze beleidsregel worden afgeweken. Dit is ook als zodanig verwoord in artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), waarin de inherente afwijkingsbevoegdheid wordt beschreven.