

Consultatiedocument

# Sturen op doelmatigheid

Doelmatigheidsprikkels in zorgmarkten met  
gereguleerde tarieven



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Opzet consultatiedocument	12
<b>2. Doelmatigheid</b>	<b>13</b>
2.1 Definitie van doelmatigheid	13
2.2 Afbakening: rol van gereguleerde tarieven in doelmatigheid	13
2.3 Doelmatigheid in gereguleerde markten	14
2.4 Doelmatigheid en kwaliteit	14
<b>3. Bronnen tariefbepaling</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 Werkelijke historische kosten	17
3.3 Inschatting door de NZa op basis van publieke bronnen	19
3.4 Niet-kostengeoriënteerde methoden	21
<b>4. Uitgangspunt tariefbepaling</b>	<b>25</b>
4.1 Inleiding	25
4.2 Grondslag tarieven	25
4.3 Naar het efficiënte kostenniveau: ineens of stapsgewijs	26
<b>5. Ontwikkeling tarieven</b>	<b>29</b>
5.1 Inleiding	29
5.2 Varianten van indexering	31
5.3 Hoe kan de productiviteitsverandering ingeschat worden?	32
5.3.1 Onderzoek Ecorys naar productiviteitsfactor	32
<b>6. Analyse: financiële gevolgen van sturen op doelmatigheid</b>	<b>37</b>
6.1 Inleiding	37
6.2 Data	37
6.3 Analyses	38
<b>7. Conclusie en consultatievragen</b>	<b>43</b>



## Vooraf

Hoe kunnen we in de tariefregulering meer stimulansen inbouwen om de doelmatigheid van zorg te vergroten en hoe kunnen consumenten daarvan profiteren? Deze vragen staan centraal in dit consultatiedocument.

Mede door de stijgende zorguitgaven is doelmatigheid in de gezondheidszorg een belangrijk thema. Voor professionals en bestuurders is de vraag hoe zij hetzelfde of meer kunnen doen tegen dezelfde of zelfs lagere kosten steeds relevanter. Veel factoren hebben invloed op de doelmatigheid in de zorg, zoals technologische ontwikkelingen, procesinnovaties, medische richtlijnen en keuzes die medische professionals elke dag maken. In veel delen van de gezondheidszorg stellen wij (maximum)tarieven vast. De methode op basis waarvan wij tarieven vaststellen kan zodanig worden ingericht dat aanbieders die hun doelmatigheid verbeteren daarvoor beloond worden. De wijze waarop wij de tariefregulering invullen kan daardoor een bijdrage leveren aan het stimuleren van doelmatigheid.

Dat is geen nieuwe gedachte. Al bij de invoering van de Wmg in 2006 kreeg de nieuwe zorgautoriteit als opdracht mee om 'in deelmarkten waar (nog) geen vrije tariefvorming mogelijk is, nieuwe vormen van tariefregulering te ontwikkelen om marktwerking na te bootsen en zo een efficiënte bekostiging van zorgaanbieders te realiseren'. In de tariefregulering in andere sectoren, zoals het energienetwerkbeheer, wordt ook expliciet rekening gehouden met de mogelijkheden die aanbieders hebben om de productiviteit te verbeteren.

Er is een goede reden waarom toezichthouders in markten waar vrije prijsvorming nog niet mogelijk is de taak hebben om door middel van tariefregulering de doelmatigheid te stimuleren. In een markt met vrije prijsvorming zijn het consumenten of verzekeraars die door hun gedrag aanbieders stimuleren om zo doelmatig mogelijk te werken. In markten waar vrije prijsvorming (nog) niet mogelijk is zijn consumenten of verzekeraars daar onvoldoende toe in staat.

Het is niet zo dat er geen doelmatigheidsprikkels zijn in de huidige methode van tariefregulering. Die doelmatigheidsprikkels ontstaan vooral doordat wij tarieven vaststellen op een vast niveau en aanbieders er voordeel bij hebben als zij hun kosten per prestatie weten te verlagen. Wij zien echter mogelijkheden om de methode van tariefregulering op onderdelen aan te passen om zo de doelmatigheid verder te stimuleren en consumenten daarvan te laten profiteren. Zo wordt bij de jaarlijkse bijstelling van de tarieven rekening gehouden met kostprijsverhogende effecten door tarieven te indexeren met een prijsindex terwijl mogelijke productiviteitsverbeteringen niet resulteren in een verlaging van het tarief.

In dit consultatiedocument hebben wij op een rij gezet welke instrumenten wij hebben om, meer dan nu het geval is, doelmatigheid te stimuleren en de opbrengsten daarvan terug te laten vloeien naar consumenten. Daarbij beschouwen we de huidige zorgprestaties als een uitgangspunt en gaan we niet in op de vraag hoe een andere definitie van prestaties of andere vormen van contractering de doelmatigheidsprikkels kunnen beïnvloeden. Via deze consultatieronde vragen wij u – experts in het veld zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, branchepartijen, overheidsorganisaties en

onafhankelijke deskundigen – waar u kansen ziet om doelmatigheid te vergroten. Wij hebben, om u een beeld te geven van de mogelijkheden een analyse gemaakt van de opties die wij zien. De conclusies die wij hieruit trekken zijn voorlopig en we zijn benieuwd naar uw visie op de verschillende onderwerpen. Pas bij het definitief vaststellen van het beleid – dat zal worden opgesteld op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop – zal de NZa definitief stelling nemen.

Op **4 april 2014** vindt van **13:00 uur** tot **15:00 uur** een consultatiebijeenkomst plaats. Tijdens deze bijeenkomst is er gelegenheid om reacties te geven, toe te lichten en hierover met elkaar van gedachten te wisselen. Aanmeldingen voor de consultatiebijeenkomst kunt u tot en met **24 maart 2014** e-mailen naar [consultatiesod@nza.nl](mailto:consultatiesod@nza.nl) (maximaal 1 persoon per organisatie).

Uw schriftelijke reactie op het document en de consultatievragen kunt u tot en met **14 april 2014** e-mailen naar [consultatiesod@nza.nl](mailto:consultatiesod@nza.nl). De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw reactie is daarom in principe openbare informatie. Een overzicht van de reacties wordt op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl) gepubliceerd.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur

## Managementsamenvatting

### *Inleiding*

In het project 'Sturing op Doelmatigheid' onderzoeken wij welke mogelijkheden er zijn om, meer dan nu het geval is, via de tarieven te sturen op een doelmatige bedrijfsvoering bij zorgaanbieders en de winsten die hiermee behaald worden terug te laten vloeien naar de consument.

Hoewel het zorgstelsel zoals dat in 2006 is geïntroduceerd steeds beter functioneert stijgen de zorguitgaven in alle sectoren, met uitzondering van de farmacie, nog steeds. Doelmatige zorg is daardoor een steeds belangrijker thema. Een verbetering van de doelmatigheid kan ontstaan door technologische ontwikkelingen, de wijze waarop aanbieders hun werkprocessen inrichten, veranderingen in medische richtlijnen en door de keuzes die medische professionals elke dag maken.

De tariefregulering van de NZa kan stimulansen bieden om de doelmatigheid van de zorg te vergroten en de voordelen daarvan door te geven aan consumenten. Dat geldt niet voor alle zorgmarkten. In veel markten is de invloed van de tariefregulering van de NZa op de prijsvorming beperkt en zijn verzekeraars of consumenten in staat om te contracteren onder de maximumtarieven of is de prijsvorming vrij. Juist in markten waar verzekeraars of consumenten minder of geen onderhandelingsmogelijkheden hebben kan de wijze waarop wij tarieven vaststellen bijdragen aan doelmatigheidsprikkels. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven deed daarom in 2012 de terechte oproep voor het opnemen van productiviteitswinsten in de tariefregulering.

Dat productiviteitswinsten in de zorg mogelijk zijn blijkt uit internationale vergelijkingen van zorgkosten en de verschillen in zorgkosten tussen aanbieders die naar voren komen uit eigen onderzoeken van de NZa. Tegelijkertijd constateren wij dat wij daar onvoldoende mee rekening houden in de methode van tariefregulering. Dat geldt bijvoorbeeld voor de jaarlijkse bijstelling van de tarieven waarbij geen rekening wordt gehouden met productiviteitswinsten.

In dit consultatiedocument hebben wij op een rij gezet welke instrumenten wij zouden kunnen gebruiken om, meer dan nu het geval is, doelmatigheid te stimuleren en de opbrengsten daarvan terug te laten vloeien naar de consument. Daarbij beschouwen we de huidige zorgprestaties als uitgangspunt en gaan we niet in op de vraag hoe een andere definitie van prestaties of andere vormen van contractering de doelmatigheidsprikkels kunnen beïnvloeden. Het consultatiedocument heeft als doel om de opties die wij zien te delen en inzicht te krijgen in de visie van experts in het veld op de verschillende onderwerpen.

Wij definiëren doelmatigheid als: "De optimale benutting van beschikbare middelen; dat wil zeggen zo laag mogelijke kosten bij een gegeven kwaliteit of maximale kwaliteit gegeven de kosten." Uit de definitie valt af te leiden dat er een afruil bestaat tussen kwaliteit van zorg en gemaakte kosten. Het scherper stellen van tarieven zou ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van geleverde zorg. De NZa dient via haar tarieven te borgen dat aan een bepaalde minimumkwaliteit moet kunnen worden voldaan bij een gegeven tarief. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is verantwoordelijk voor het toezicht op de geleverde kwaliteit van zorg.

Idealiter zou de methode van tariefregulering niet alleen stimulansen moeten bevatten om doelmatig te werken maar ook om een zo goed mogelijke kwaliteit te leveren. In een vrije markt kunnen aanbieder en afnemer afspraken maken waarin de prijs afhankelijk is van het kwaliteitsniveau. Bij gereguleerde tarieven is dat moeilijker omdat het tarief voor alle aanbieders geldt. Naar onze mening kunnen afspraken over (financiële) kwaliteitsprijkkels daarom het beste tot stand komen in overleg tussen individuele verzekeraars en aanbieders.

*Mogelijkheden voor meer doelmatigheidsprijkkels bij vaststellen tarieven*

In het proces van tariefstelling onderscheiden wij drie onderdelen: (1) de keuze van een bron waarop wij het tarief baseren; (2) het vaststellen van tarieven op basis van uitgangspunten (3) het jaarlijks bijstellen (indexeren) van tarieven. Hieronder volgt per onderdeel een analyse van de opties die wij zien voor het vergroten van doelmatigheidsprijkkels.

– Onderdeel 1: Keuze voor een bron waarop wij het tarief baseren  
De meest gangbare methode om het kostenniveau in een gereguleerde sector vast te stellen is een kostprijsonderzoek. In een dergelijk onderzoek overhandigen aanbieders cijfers over de door hun gemaakte kosten.

De administratieve lasten van een kostprijsonderzoek zijn over het algemeen hoog. Tegelijkertijd waarborgt een kostprijsonderzoek dat het tarief kan worden vastgesteld op een niveau dat de historische kostprijs benadert.

Een alternatief voor een kostprijsonderzoek is een inschatting van de NZa op basis van publieke bronnen. Dit betekent dat het tarief niet op basis van een kostprijsonderzoek bij aanbieders wordt vastgesteld maar op basis van openbare gegevens zoals jaarrekeningen en informatie afkomstig uit andere publicaties.

Deze methode leent zich voor het anticiperen op verwachte prijsontwikkelingen, omdat niet uitgegaan wordt van een historisch kostenoverzicht van aanbieders. Dit maakt ons tegelijkertijd minder afhankelijk van de aanlevering van kostprijsgegevens door aanbieders. Daarnaast biedt de methode voor ons mogelijkheden om normerend op te treden. Afhankelijk van de modelmatige opbouw hebben wij de mogelijkheid om factoren op een niveau dat naar onze mening doelmatig is, zonder daarbij rekening te houden met de historische kostprijs. Dit zorgt er wel voor dat de inschatting op basis van publieke bronnen verder van de werkelijkheid af kan gaan staan dan een kostprijsonderzoek. Daardoor is er een zeker risico dat het tarief voor aanbieders ontoereikend is of juist op een te hoog niveau wordt vastgesteld.

Naast deze methoden heeft de NZa andere methodes tot haar beschikking om een tarief vast te stellen, zoals de expert-methodiek en het rondrekenen op basis van het door de minister beschikbaar gestelde budgettair kader. Deze methodes hebben gemeen dat het tarief niet op de kosten georiënteerd is en zouden daarom ons inziens in een systeem van prestatiebekostiging alleen gebruikt moeten worden als het niet mogelijk is om op een kostengeoriënteerde manier tarieven te bepalen.

– Onderdeel 2: Vaststellen van een tarief op basis van bepaalde uitgangspunten

Als eenmaal een keuze is gemaakt over het gebruik van de brongegevens voor de inschatting van de kostprijs dan moeten we een keuze maken over de toe te passen tariefprincipes. In de regel gaan wij



uit van de variabele en vaste kosten per prestatie. Een tarief kan gebaseerd zijn op het rekenkundig gemiddelde van de de kostprijs van aanbieders, de mediaan van de kostprijs of op basis van de kosten van de *best practice* aanbieder.

In het verleden hebben wij veel gebruik gemaakt van het gemiddelde en in een recenter verleden ook van de mediaan. Van de toepassing van een tarief op basis van een *best practice* heeft de NZa nog weinig gebruik gemaakt.

Het begrip *best practice* is breed te interpreteren. Zo kan de *best practice* bepaald worden als zijnde het best presterende kwartiel (25%) van de sector, maar kan de *best practice* ook gedefinieerd worden als de beste 40%. Achterliggende gedachte bij het gebruik van de *best practice* is dat wanneer een aantal aanbieders tegen een lagere kostprijs kunnen werken, andere aanbieders dat in principe ook zouden moeten kunnen. Verschillen in kostprijzen worden echter niet alleen verklaard door doelmatigheidsverschillen maar ook door verschillen in de *casemix*, kwaliteit van zorg, en in de praktijk ook door meetfouten. Het is daarom bij toepassing van de *best practice* van belang om duidelijk te onderbouwen waardoor doelmatigheidsverschillen tussen aanbieders ontstaan.

Het aanpassen van tarieven aan een doelmatig niveau kan op verschillende manieren. Hier kan de keuze worden gemaakt dat het tarief ineens op het doelmatige niveau wordt gesteld of dat het tarief over enkele jaren geleidelijk wordt aangepast. Op die manier hebben aanbieders de tijd om naar het doelmatige kostenniveau toe te groeien.

– Onderdeel 3: Jaarlijkse bijstellen van de tarieven

De NZa doet niet elk jaar onderzoek naar het kostenniveau van aanbieders. In jaren waar een dergelijk onderzoek niet plaatsvindt is het gebruikelijk dat wij tarieven indexeren. Daarvoor gebruiken wij prijsindexcijfers voor de arbeids- en kapitaalkosten.

Tussen herijkmomenten kan de kostprijs van een aanbieder echter ook veranderen door veranderingen in de bedrijfsvoering. Als de productiviteit van een aanbieder toeneemt dan dalen de kosten per eenheid product. Andersom kan het ook zo zijn dat de kosten sneller toenemen dan de gebruikte prijsindices.

In andere gereguleerde sectoren zoals het energienetwerkbeheer kiezen toezichthouders ervoor om bij de vaststelling van de tarieven rekening te houden met mogelijkheden voor verbeteringen van de productiviteit. Daarnaast wordt in de Verenigde Staten in de *Patient Protection and Affordable Care Act* rekening gehouden met productiviteitsontwikkeling bij de jaarlijkse indexatie van prijzen in de zorg.

Een dergelijke productiviteitsfactor kan gebaseerd worden op kostprijsonderzoek door te kijken naar de ontwikkeling van in- en outputfactoren van aanbieders tussen verschillende jaren. Een andere mogelijkheid is om de productiviteitsontwikkeling te bepalen op basis van macro-economische data. Daarmee bedoelen we informatie over de ontwikkeling van de verhouding tussen input en output op sectorniveau. Voorbeeld daarvan zijn de productiviteitscijfers (groei in factorproductiviteit) die het CBS voor de gezondheidszorg publiceert.

### *Conclusie*

De NZa heeft mogelijkheden om via haar tarieven, meer dan nu het geval is, te sturen op doelmatigheid in de zorg. De belangrijkste instrumenten die wij in dit consultatiedocument noemen zijn (1) een

zwaarder gewicht geven aan het kostenniveau van de meest doelmatige aanbieders bij de vaststelling van tarieven en (2) de jaarlijkse indexering niet alleen baseren op ontwikkelingen van de factorprijzen maar ook op de ontwikkeling van de productiviteit.

In het algemeen geven wij er de voorkeur aan om een zoveel als mogelijk uniforme en daardoor voorspelbare methode te hanteren om tarieven te bepalen. Gegeven de verschillen tussen verschillende markten in de zorg kunnen wij ons voorstellen dat verschillende instrumenten zich lenen voor verschillende sectoren.

Deze consultatie biedt de gelegenheid voor belanghebbenden om hun visie op de verschillende onderwerpen met ons te delen. Wij vragen u in uw reactie in elk geval in te gaan op de volgende vragen:

*Algemene vragen:*

*1. Welke overwegingen wilt u ons meegeven als wij overgaan tot , meer dan nu het geval is, het opnemen van doelmatigheidsprikkels in de methode van tariefregulering?*

*2. Kan worden volstaan met een uniforme methode voor alle sectoren met tariefregulering, of moet worden gedifferentieerd tussen verschillende sectoren?*

*3. In het verlengde hiervan: vindt u het wenselijk dat de NZa in haar tariefstelling differentieert tussen verschillende soorten aanbieders, bijvoorbeeld op basis van kwaliteit of schaalgrootte, of kan die differentiatie het beste vorm krijgen door afspraken tussen individuele verzekeraars en aanbieders?*

*Bronnen:*

*4. Welke voor- en nadelen ziet u bij het gebruik van de door ons genoemde bronnen waar wij een tarief op kunnen baseren? Welke heeft uw voorkeur?*

*Uitgangspunten tariefbepaling:*

*5. Welke voor- en nadelen heeft het baseren van het tarief op de mediaan of de best practice volgens u?*

*6. Heeft het de voorkeur om geleidelijk naar het doelmatige kostenniveau toe te groeien of zou die aanpassing ineens moeten plaatsvinden?*

*Bijstelling tarieven:*

*7. Volgens welke methode zou de mogelijke productiviteitsontwikkeling in de zorg het best kunnen worden bepaald?*

# Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In de Stand van de Zorgmarkten 2013, onze jaarlijkse analyse van ontwikkelingen in de gezondheidszorg, schrijven wij dat het stelsel dat in 2006 van start is gegaan steeds beter functioneert.<sup>1</sup> Het effect van scherpere zorginkoop is met name te zien bij de eerstelijnssectoren met vrije tarieven en/of vrije prestaties. In de curatieve geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg vindt ook een kentering plaats en differentiëren zorgverzekeraars ook al meer tussen zorgaanbieders met betrekking tot inhoud en prijzen.

Desondanks nemen de zorguitgaven in iedere zorgsector, met uitzondering van de farmacie, nog toe. In veel zorgmarkten zijn het verzekeraars en aanbieders die gezamenlijk zorg dragen voor een doelmatige zorgverlening. In deze markten is de invloed van de tariefregulering van de NZa op de prijsvorming beperkt en zijn verzekeraars in staat om te contracteren onder de maximumtarieven die wij vaststellen. Dat geldt echter niet voor alle markten. Juist in markten waar verzekeraars minder (of geen in het geval van beschikbaarheidsbijdragen) onderhandelingsmogelijkheden hebben kan de wijze waarop wij tarieven vaststellen bijdragen aan doelmatigheidsproblemen. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven deed daarom in 2012 de terechte oproep voor het opnemen van productiviteitswinsten in de tariefregulering.<sup>2</sup>

Dat productiviteits- of doelmatigheidswinsten mogelijk zijn blijkt uit internationale vergelijkingen van zorgkosten. Die geven aan dat de kosten van zorg in Nederland relatief hoog zijn.<sup>3</sup> Uit onze eigen onderzoeken blijkt dat er forse verschillen zijn in de kostprijs per aanbieder, een deel van die kostenverschillen kunnen verklaard worden door verschillen in doelmatigheid.

Uit de wijze waarop wij tarieven jaarlijks aanpassen (indexeren) blijkt dat niet altijd rekening wordt gehouden met de mogelijkheden die aanbieders hebben om de doelmatigheid te vergroten. In de Stand van de Zorgmarkten 2013 constateerden wij dat het opvallend is dat er in de gezondheidszorg automatisch vanuit lijkt te worden gegaan dat de kosten stijgen met de prijsinflatie. Door deze indexering stijgen de kosten van de zorg. Bijvoorbeeld: de kosten in de AWBZ stijgen – met uitzondering van 2010 – door deze indexatie met ongeveer 800 miljoen euro per jaar. Door deze vorm van indexatie veronderstellen wij impliciet dat de productiviteitsverandering nul is. Het verdient onderzoek en discussie of die aanname terecht is.

In 2012 en 2013 zijn in verschillende sectoren vooral de bestuurlijke afspraken tussen de branche-organisaties en de minister van VWS leidend bij de zorginkoop. Deze bestuurlijke afspraken behelzen vaak macro-budgetten. Het plafond in deze afspraken maakt het belang van doelmatig werken groter, omdat anders stijgende prijzen ten koste gaan van kwaliteit en volume (wat leidt tot wachtlijsten).

---

<sup>1</sup> NZa (2013) 'Stand van de zorgmarkten: van feiten naar focus'.

<sup>2</sup> Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) 'Naar beter betaalbare zorg'.

<sup>3</sup> Squires (2012) 'Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices and Quality', Issues in International Health Policy, Commonwealth Fund publication 1595, vol.10.

De NZa heeft als taak de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De wijze waarop wij tarieven reguleren heeft gevolgen voor doelmatigheidsprykkels en de verdeling van doelmatigheidswinsten. Vanwege bovenstaande redenen zijn wij gestart met een inventarisatie van waar mogelijkheden liggen om doelmatigheidswinsten te vergroten en die winsten eerder naar consumenten terug te laten vloeien.

## 1.2 Opzet consultatiedocument

In hoofdstuk 2 wordt allereerst ingegaan op de bredere context van het sturen op doelmatigheid via onze tariefstelling, de afbakening van het onderwerp en de relatie tot doelmatigheid.

In het proces van tariefstelling onderscheiden wij drie stappen. Het consultatiedocument is dan ook opgebouwd op basis van deze stappen:

- Hoofdstuk 3 – Op welke bronnen moeten wij ons baseren bij de vaststelling van tarieven?
- Hoofdstuk 4 – Wat zijn de uitgangspunten bij het vaststellen van een tarief, is dat bijvoorbeeld het gemiddelde kostenniveau of het kostenniveau van de meest efficiënte aanbieders?
- Hoofdstuk 5 – Jaarlijkse bijstellen van de tarieven; moeten wij de stijging van inputprijzen volledig in tarieven verwerken of zou ook rekening gehouden moeten worden met veranderingen in de productiviteit?

In hoofdstuk 6 hebben wij een analyse opgenomen van toepassing van de doelmatigheidsprykkels in het A-segment van de ziekenhuiszorg. Dit is een rekenvoorbeeld waarin wij de ideeën en concepten uit eerdere hoofdstukken toepassen.

In dit consultatiedocument trekken wij geen conclusie over wat het meest geschikte instrument is om doelmatigheid te bevorderen. Daarvoor willen wij de reacties op dit consultatiedocument gebruiken. In hoofdstuk 7, waar wij een overzicht van de voor- en nadelen van de verschillende instrumenten geven om doelmatigheid door middel van gereguleerde tarieven te bevorderen, vragen wij daarom via een aantal consultatievragen om uw visie.

## 2. Doelmatigheid

### 2.1 Definitie van doelmatigheid

Kosten, kwaliteit en doelmatigheid worden vaak in één adem genoemd en de term doelmatigheid wordt in veel maatschappelijke discussies ingezet. Er is echter geen eenduidige definitie van het begrip.

Wij definiëren doelmatigheid in dit document als volgt:

*“De optimale benutting van beschikbare middelen; dat wil zeggen zo laag mogelijke kosten bij een gegeven kwaliteit of maximale kwaliteit gegeven de kosten.”*

### 2.2 Afbakening: rol van gereguleerde tarieven in doelmatigheid

In grote delen van de gezondheidszorg heeft de NZa geen rol in de totstandkoming van prijzen. In bijvoorbeeld het B-segment van de ziekenhuiszorg onderhandelen aanbieders en verzekeraars zonder inmenging van de NZa over prijzen. Concurrentie tussen verzekeraars moet ervoor zorgen dat de doelmatigheidswinsten die zij weten af te dwingen terug worden gegeven aan consumenten in de vorm van een lagere zorgpremie.

Ook in 2014 heeft de NZa de taak om tarieven vast te stellen in markten waarvan de prijsvorming niet is vrijgegeven. In sommige sectoren zijn de tarieven van de NZa verplichtend, dat wil zeggen dat er niet van kan worden afgeweken (zoals bijvoorbeeld de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC), een vergoeding voor kapitaallasten<sup>4</sup>).

Voor andere delen van de gezondheidszorg stellen wij maximumtarieven vast. Aanbieders en verzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs maar deze mag het maximumtarief niet overstijgen. In deze segmenten is door de overheid gekozen voor tariefregulering omdat in een markt met vrije prijzen de betaalbaarheid of de toegankelijkheid van zorg in onvoldoende mate gegarandeerd is. Verzekeraars beschikken over onvoldoende informatie of aanbieders hebben te veel marktmacht waardoor vrije prijsvorming tot ongewenste marktuitskomsten zou kunnen leiden. Juist in deze sectoren zijn doelmatigheidsprikkels door middel van de gereguleerde tarieven gewenst omdat de verzekeraar deze (mogelijk) in onvoldoende mate kan afdwingen.

Als wij in deze consultatie spreken over doelmatigheidsprikkels dan hebben wij het dus alleen over zorgsegmenten waarin wij de tarieven reguleren. Ook de zorg waarvoor geen tarief maar een beschikbaarheidsbijdrage wordt vastgesteld valt daaronder. In deze segmenten heeft de verzekeraar mogelijk onvoldoende onderhandelingsmacht om doelmatigheidsverbeteringen bij aanbieders te realiseren, dat is de reden waarom ervoor gekozen is om tarieven te reguleren. De mate waarin een verzekeraar onderhandelingsmacht heeft verschilt overigens in de gereguleerde segmenten. Naarmate de invloed

---

<sup>4</sup> Deze tarieven zijn voorlopig verplichtend voor aanbieders op wie de overgangsregeling, zoals vastgelegd in de beleidsregel 'Invoering NHC in de gespecialiseerde GGZ' (BR/CU-5092) van toepassing is. Vanaf 2018 betreft het tarief voor deze aanbieders ook een maximumtarief.

van de zorgverzekeraar afneemt, is de introductie van meer doelmatigheid in tariefstelling naar onze mening noodzakelijker. Wij beperken ons daarbij niet alleen tot de verzekerde zorg. Ook bij niet tot het basispakket behorende zorg kunnen er beperkingen zijn aan de sturingsmogelijkheden van verzekeraars of consumenten.

De definitie van de betalingstitel (zorgprestatie) heeft ook invloed op doelmatigheidsprykkels. Bekostiging op basis van zorguitkomsten resulteert bijvoorbeeld in andere gedragsreactie van zorgaanbieders dan bekostiging van verrichtingen. Deze consultatie richt zich op tariefregulering en gaat niet in op de vraag hoe een andere definitie van prestaties of andere vormen van contractering de doelmatigheidsprykkels kunnen beïnvloeden.

### 2.3 Doelmatigheid in gereguleerde markten

In het bovenstaande hebben wij gesteld dat er doelmatigheidsprykkels uitgaan van onze tariefstelling zonder dat nader te onderbouwen. Een aanpassing van het tarief resulteert in een overdracht van doelmatigheidswinsten van aanbieders naar verzekeraars en consumenten of andersom. Een verandering van het tarief van een aanbieder hoeft niet per definitie te resulteren in een prikkel om doelmatiger te gaan werken.

Bij een vast tarief is er voor op winst gerichte aanbieders een prikkel om zo doelmatig mogelijk te werken, dat resulteert immers in een hogere winst. Voor dergelijke aanbieders heeft een aanpassing van het tarief geen gevolgen, ook bij een lager of hoger niveau is het zaak om de kosten zo laag mogelijk te houden. Als alle aanbieders op winstmaximalisatie zijn gericht dan heeft het op een lager niveau vaststellen van de tarieven daarom geen gevolgen voor de doelmatigheidsprikkel.

In de praktijk is voor veel aanbieders in de gezondheidszorg (of de bestuurders van deze aanbieders) winst niet het primaire doel maar zijn er andere ambities, zoals groei of kwalitatief hoogwaardige zorg aan patiënten ook al is die niet kosteneffectief. Voor deze aanbieders vormt een lager tarief geen doelmatigheidsprikkel zolang de andere doelen niet in gevaar komen. Aanbieders waarvan de kosten hoger zijn dan het tarief zijn echter niet levensvatbaar. Dat betekent dat die aanbieders wel degelijk een prikkel hebben om de kosten te verlagen als de kosten hoger zijn dan het tarief.

Samenvattend resulteert een aanpassing van het tarief in de eerste plaats in een overdracht van doelmatigheidswinsten van aanbieders naar consumenten. Dat geldt zowel voor *for profit* als niet op winstgerichte aanbieders. Een verlaging van het tarief richting het efficiënte kostenniveau kan voor organisaties die niet alleen op winst zijn gericht een versterking van die doelmatigheidsprikkel vormen.

### 2.4 Doelmatigheid en kwaliteit

Doordat het moeilijk is om de kwaliteit van gezondheidszorg te meten is het onmogelijk om in het tarief volledig recht te doen aan verschillen in de geleverde kwaliteit van zorg. Dat geldt voor een markt waarin verzekeraars en aanbieders onderling afspraken kunnen maken over de prijs. Bij regulering van tarieven speelt dat echter in het bijzonder omdat wij een tarief vaststellen voor alle aanbieders. Dat beperkt de mate

waarin de vergoeding voor een behandeling gedifferentieerd kan worden op basis van kwaliteitsverschillen.

De gereguleerde tarieven houden ook maar in beperkte mate rekening met verschillen tussen patiënten. Voor alle patiënten met een identieke aandoening en behandeling is het maximumtarief gelijk, de mate waarin de behandeling bij kan dragen aan de kwaliteit van leven speelt daarin geen rol.

In sommige zorgmarkten is dit deels ondervangen en bestaat er afzonderlijke financiering van complexe zorg. Voor innovatieve zorgaanbieders of aanbieders die complexe zorg leveren zijn er financieringsmogelijkheden beschikbaar naast de DBC-systematiek, bijvoorbeeld via max-max tarieven of een opslag die zorgaanbieders kunnen krijgen van de verzekeraars op basis van afspraken over kwaliteit en innovatie.

Meer doelmatige zorg zou in beginsel immers niet ten kosten moeten gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is verantwoordelijk voor het toezicht op de geleverde kwaliteit van zorg. Tarieven moeten dusdanig zijn dat aan de vereisten van de Inspectie kan worden voldaan.

Uit het voorgaande zou afgeleid kunnen worden dat financiële prikkels en kwaliteitsprikkels niet samengaan. Die conclusie gaat niet volledig op omdat er wel degelijk mogelijkheden zijn om aanbieders met een hogere kwaliteit te belonen of innovatie te stimuleren binnen een systeem waarin ook prikkels tot doelmatiger werken zijn opgenomen.<sup>5</sup> In een vrije markt kunnen aanbieder en afnemer afspraken maken waarin de prijs afhankelijk is van het kwaliteitsniveau. Bij gereguleerde tarieven is dat moeilijker omdat het tarief voor alle aanbieders geldt. Naar onze mening kunnen afspraken over (financiële) kwaliteitsprikkels daarom het beste tot stand komen in overleg tussen individuele verzekeraars en aanbieders.

---

<sup>5</sup> Twee rapporten die zijn geschreven naar aanleiding van de motie Smilde over uitkomstbekostiging bevatten in dit kader interessante voorbeelden: iBMG (2012), 'Uitkomstbekostiging in de zorg', en Celsus (2013), 'No cure no pay'.





## 3. Bronnen tariefbepaling

### 3.1 Inleiding

Voor het vaststellen van tarieven kan de NZa gebruik maken van verschillende bronnen. De keuze voor een bron is afhankelijk van de acceptabele onzekerheidsmarge van de tariefbepaling, de administratieve lasten om de data te verzamelen en de prikkels die voortkomen uit het gebruik van een bron.

In dit hoofdstuk beschrijven wij de bronnen die de NZa kan gebruiken voor haar tariefbepaling. Deze bronnen kunnen in twee groepen worden opgedeeld:

- 1) werkelijke historische kosten van een aanbieder of van een groep van aanbieders; en
- 2) een inschatting door de NZa op basis van publieke bronnen.

Naast deze methoden heeft de NZa andere methodes tot haar beschikking om een tarief vast te stellen, zoals de expert-methodiek en het rondrekenen op basis van het door de minister beschikbaar gestelde budgettair kader. Deze methodes hebben gemeen dat het tarief niet op de kosten georiënteerd is. Dat past naar onze mening niet goed in een systeem van prestatiebekostiging. Alleen als het niet mogelijk is om een op kostengeoriënteerd tarief vast te stellen zou een van andere methodes overwogen kunnen worden. Daarom hebben wij een korte beschrijving van deze methodes opgenomen aan het einde van dit hoofdstuk.

### 3.2 Werkelijke historische kosten

#### *Beschrijving*

De meest gangbare methode om het kostenniveau in een gereguleerde sector vast te stellen is een kostprijsonderzoek. In een dergelijk onderzoek overhandigen aanbieders cijfers over de door hun gemaakte historische kosten. In veel gevallen is de relevante informatie niet rechtstreeks uit de jaarrekening te halen. Dat komt doordat de aanbieders meer diensten leveren dan de dienst of product waarvoor het kostprijsonderzoek is opgezet. Daarom moet een kostenallocatiemodel worden opgesteld dat regels bevat over hoe de kosten over de verschillende diensten of producten worden verdeeld. De specifieke waarderingsgrondslagen in de jaarrekening kunnen ook een reden zijn om de cijfers uit de jaarrekening niet rechtstreeks over te nemen. Daarnaast is andere benodigde informatie niet in de jaarrekening opgenomen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aantal productieve uren van een zorgverlener.

Op basis van de informatie uit het kostprijsonderzoek stellen wij een tarief vast. Er zijn nog wel een aantal keuzes te maken over de grondslagen voor het tarief. Een van de keuzes die gemaakt moet worden is daarbij of wordt uitgegaan van ofwel het gemiddelde kostenniveau of de mediaan van de kosten van alle aanbieders. Daar gaan we in het volgende hoofdstuk op in.

#### *Administratieve lasten*

De administratieve lasten voor alle betrokken partijen bij kostprijsonderzoeken zijn hoog. Aanleverende aanbieders moeten kosten

alloceren conform de opgestelde regels en vaak is ook een accountantsverklaring nodig.

Daarom worden dergelijke onderzoeken in de regel niet jaarlijks maar een keer in de drie of vier jaar uitgevoerd. Dat heeft als voordeel dat er gedurende die periode duidelijkheid is voor aanbieders en afnemers over de hoogte van de tarieven en het beperkt de administratieve lasten.

Een nadeel van een kostprijsonderzoek is dat het complex is om een statistisch verantwoorde steekproef op te stellen. Dat vereist dat een grote groep aanbieders in het onderzoek meedoet.

#### *Prikkels*

Als de eigen kosten van een aanbieder de basis zijn voor het tarief dan zijn er geen of weinig doelmatigheidsprikkels. Een hoger kostenniveau zal immers in latere jaren resulteren in een hoger tarief.

Dat verandert als niet de eigen kosten van een aanbieder maar de kosten van alle aanbieders als uitgangspunt worden genomen. Een aanbieder heeft dan de prikkel om het kostenniveau te verlagen (zie ook figuur 3). De invloed daarvan op het tarief is beperkt en de winst van de kostenbesparing ligt daardoor bij de aanbieder. Een aanname daarbij is wel dat aanbieders onafhankelijk van elkaar opereren en dat zij geen afspraken maken over de hoogte van het kostenniveau.

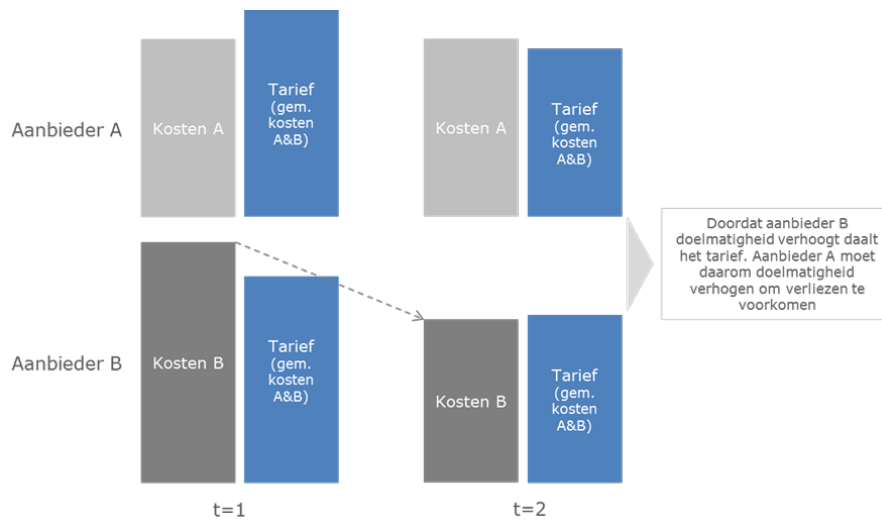
Ook in een sector met weinig aanbieders kan de doelmatigheidsprikkel van een kostprijsonderzoek beperkt zijn doordat elke aanbieder een grote invloed heeft op het gemiddelde kostenniveau.

Als een kostprijsonderzoek zonder regelmaat wordt uitgevoerd duurt het langer voordat een verlaging van een kostenniveau resulteert in een aanpassing van het tarief. De aanbieder profiteert in dat geval langer van de efficiencyverbetering. Daarom kiezen veel *regulators* ervoor om periodiek een kostprijsonderzoek uit te voeren, bijvoorbeeld één keer in de drie of vijf jaar. Dat heeft als bijkomend voordeel dat er duidelijkheid is voor aanbieders en afnemers en dat de administratieve lasten beperkt worden.

Van een tarief gebaseerd op de feitelijke kosten gaan geen prikkels uit om de kwaliteit te verbeteren. Daarom is het belangrijk dat er kwaliteitsinformatie beschikbaar is zodat aanbieders ook daarop vergeleken kunnen worden (zie paragraaf 2.4). Een tariefstelling op basis van kostprijsonderzoek kent prikkels om te innoveren in kostenefficiënte zorg. Innovaties die vooral ten goede komen aan de kwaliteit van bestaande behandelingen worden niet gestimuleerd door de tarieven te baseren op de feitelijke kosten.

Door het tarief afhankelijk te maken van het kostenniveau van andere aanbieders is er een prikkel om de doelmatigheid van de meest efficiënte aanbieders te benaderen. Een bijeffect hiervan is dat aanbieders ook de prikkel hebben om dezelfde schaal te bereiken als de meest doelmatige aanbieders. In veel gevallen zal dat een gewenste ontwikkeling zijn. Het kan ook een ongewenste ontwikkeling zijn als kleinschalige lokale voorzieningen niet meer rendabel zijn. Dit ongewenste effect kan verminderd worden door in de tariefstelling een onderscheid te maken tussen verschillende soorten aanbieders. In het kostprijsonderzoek worden vervolgens verschillende tarieven vastgelegd voor deze 'normpraktijken'.

**Figuur 3: Doelmatigheidsprikkel van hanteren van een op kosten gebaseerd tarief voor alle aanbieders**



Bron: NZa

#### *Praktijkvoorbeelden*

Kostprijsonderzoeken passen wij veelvuldig toe in de langdurige intensieve zorg en curatieve gezondheidszorg. De tarieven in de geestelijke gezondheidszorg, farmacie, orthodontie, tandheelkundige zorg, gehandicaptenzorg, verpleging & verzorging, het A-segment van ziekenhuizen en de eerste lijn zijn meestal gebaseerd op kostprijsonderzoeken.

Om de tarieven van bijvoorbeeld tandheelkundige zorg vast te stellen gebruikt de NZa kostprijsonderzoek. In de eerste lijn en de GGZ zijn er veel verschillende aanbieders. Om deze reden is het van belang om een steekproef te nemen op basis waarvan statistisch betrouwbare uitspraken over het kostenniveau van alle aanbieders kan worden gedaan.

### **3.3 Inschatting door de NZa op basis van publieke bronnen**

#### *Beschrijving*

In paragraaf 3.2. concludeerden wij dat kostprijsonderzoeken administratieve lasten met zich meebrengen en dat het moeilijk is om een statisch verantwoord onderzoek uit te voeren.

Een alternatief voor een gedetailleerd kostprijsonderzoek is een inschatting van de NZa op basis van publieke bronnen. Dat betekent dat het tarief niet op basis van kostprijsonderzoek bij aanbieders wordt vastgesteld maar op basis van openbare gegevens en informatie afkomstig uit andere onderzoeken en publicaties.

Deze methode wordt gebruikt bij nieuwe prestaties indien voor deze prestaties nog geen historische kosten bekend zijn. Deze methode houdt rekening met toekomstige kosten. Dat is een voordeel als er grote veranderingen plaatsvinden in een sector.

Het onderzoeksbureau SEO Economisch Onderzoek heeft in opdracht van de NZa in oktober 2011 het rapport 'Alternatieve tariefgrondslag DBC

GGZ' opgesteld. In dit rapport benoemt SEO onder andere een modelmatige normatieve tariefgrondslag. Het rapport geeft een omschrijving van de normatieve bepaling van een tarief:

“In de normatieve aanpak is de relatie tussen kosten en tarief doorgesneden. De verschillende elementen van het tarief worden modelmatig via een norm bepaald, zonder op de onderliggende kostenstructuur te letten. Via de norm kan efficiëntie worden gestimuleerd.”

Anders dan bij kostprijsonderzoek worden normatieve tarieven in belangrijke mate berekend op basis van algemeen ter beschikking staande gegevens die, naar het oordeel van de NZa, leiden tot adequate tarieven. Algemeen ter beschikking staande gegevens zijn bijvoorbeeld de openbare financiële gegevens uit jaarverslagen en loonkosten uit salarisregelingen in cao's.

De methode op basis van publieke bronnen biedt meer mogelijkheden om normerend op te treden dan een op kosten gebaseerde methode. Immers, bij kostenonderzoeken is het enkel mogelijk om in het kostprijsmodel bepaalde kosten, ex ante, uit te sluiten. De invulling van deze posten laten wij vervolgens aan de aanbieder. Bij de methode op basis van publieke bronnen laat ruimte om normerende keuzes te maken bij zowel de te includeren kostenposten als de invulling van deze kostenposten. Om deze reden wordt dit ook wel de 'normatieve' methode genoemd.

Een normatief tarief is niet per definitie gelijk aan het tarief dat zou volgen uit een gedegen kostprijsonderzoek. Maar een normatief tarief moet wel voldoende zijn om de kosten van verleende zorg te kunnen dekken. Doordat de inschatting op basis van publieke bronnen verder van de werkelijkheid af staat dan een kostprijsonderzoek, is het risico op een onvoldoende dekkend of juist te hoog tarief via deze methode wel groter. Hier moet bij de uitvoering ervan voldoende aandacht aan worden geschonken.

#### *Administratieve lasten*

De administratieve lasten zijn aanzienlijk lager dan bij een kostprijsonderzoek. Dat komt doordat gebruik wordt gemaakt van de gedeponeerde jaarrekeningen en dat onderzoek plaatsvindt op basis van verdere openbare gegevens en informatie uit andere onderzoeken en publicaties.

#### *Prikkels*

Een prikkel voor doelmatigheid is er in elke vorm van tariefbepaling als niet de eigen kosten van de aanbieder het uitgangspunt vormen. Aanbieders kunnen dan door hun eigen kosten te verlagen hun winst (tijdelijk) vergroten.

De modelmatige tariefbepaling geeft, gezien het normatieve karakter van de methode, extra mogelijkheden om een doelmatigheidsprikkel in te bouwen. Zo kunnen wij het aantal declarabele uren, onder andere, baseren op een productiviteitsnorm en een verzuimpercentage. Bij de vaststelling van deze parameters heeft de NZa de (redelijke) vrijheid om deze vast te stellen op een door ons haalbaar geacht niveau.

#### *Praktijkvoorbeelden*

De normatieve aanpak wordt in verschillende sectoren toegepast. Een voorbeeld van toepassing is de Generalistische Basis GGZ (hierna Basis GGZ).

Bij bepaling van de integrale tarieven voor de Basis GGZ heeft de NZa een modelmatige opzet gebruikt. De grootste kostenpost in de prestaties van de Basis GGZ bestaat uit arbeidskosten. De arbeidskosten zijn zo goed mogelijk geschat op basis van de deskundigheid en gemiddelde leeftijd van de mensen die in de Basis GGZ (zouden kunnen) werken. Hiervoor zijn de functiewaarderingsgroepen (FWG) gebruikt van de CAO in de GGZ.

De FWG-inschaling per deskundigheidsniveau is bepaald op basis van de FWG-schalen die aanbieders in actuele vacatures opnemen. Uit de FWG-inschaling zijn de kosten per uur af te leiden. Door middel van opslagen is rekening gehouden met vakantiedagen en de niet patiënt-gebonden tijd. Hoewel arbeid de grootste kostenpost vormt zijn er andere relevante kostenposten. De vergoeding voor deze kosten (algemene kosten en huisvesting) is uitgedrukt als een procentuele opslag op de kosten van arbeid. Deze opslagen zijn geschat op basis van de gedeponeerde jaarverslagen van aanbieders.

**Figuur 4: Tariefbepaling in de Basis GGZ - kostprijs personeelscategorie 2 (o.a. GZ-psycholoog)**

Parameter	Waarde	
Loon en sociale lasten	71.272	CAO
Overige personeelskosten	4.433	Jaarrekening
Materiele kosten	12.437	Jaarrekening
Kapitaallasten	8.253	Jaarrekening
Vergoeding rendement EV	333	norm NZa
<b>Totaal per fte</b>	<b>€ 96.730</b>	
Declarabele uren	1.115	
<b>Tarief per uur</b>	<b>€ 86,74</b>	

Bron: NZa Verantwoordingsdocument 'Normatief tarief prestaties basis GGZ 2014'

### 3.4 Niet-kostengeoriënteerde methoden

#### Rondrekenen

Het principe van rondrekenen wordt toegepast wanneer het uitgangspunt een specifiek budgettair kader is. Om uiteindelijk tot tarieven te komen, moet er een manier gevonden worden om dit budget toe te rekenen naar de uiteindelijke dragers, bijvoorbeeld productie of uren.<sup>6</sup> Veranderingen in één van de onderdelen van de berekening hebben invloed op de uiteindelijke prijs van die onderdelen.<sup>7</sup> Voorbeelden van sectoren waarin gebruik is gemaakt van rondrekenen zijn de zorgzwaartebekostiging AWBZ en honoraria van medisch specialisten.

<sup>6</sup> De rechterlijke toets of de NZa een redelijkerwijs kostendekkend tarief heeft vastgesteld blijft hierbij onverminderd van kracht. Het beschikbaar gestelde BKZ-kader zal bij deze wijze van tariefberekening dus zodanig moeten zijn dat hiervan sprake is.

<sup>7</sup> Het is ook mogelijk om rond te rekenen op basis van andere dragers. Het uitgangspunt moet daarbij zijn dat de aanbieders zich bevinden in een 'zero-sum game'. In dat geval kan bijvoorbeeld ook gebruik gemaakt worden van onderhandelde prijzen van aanbieders met verzekeraars om tarieven te bepalen.

De doelmatigheid die in het systeem van bijvoorbeeld de honoraria van de medisch specialisten aanwezig is, is gelegen in het feit dat het BKZ als uitgangspunt genomen wordt. Hiermee wordt getracht om de uitgaven aan het beschikbare budget aan te passen. Het aanpassen van het beschikbare budget heeft een navenant effect op de uiteindelijke tarieven. Er zitten geen overige doelmatigheidsprikkels in het systeem.

#### *Expert-methodiek*

Bij deze methodiek wordt voor de bepaling van tarieven voor prestaties gebruik gemaakt van gelijkenis met andere zorgprestaties. Het is hierbij van belang dat de analogie tussen de prestatie waarvoor het tarief bepaald wordt en de vergeleken zorgprestatie gegrond is.

Doelmatigheidsprikkels zijn in dit systeem te introduceren door bij de bepaling van het tarief rekening te houden met een productiviteitswinst. Dit kan op een zelfde wijze als bij de bepaling van het tarief op basis van publieke bronnen of door het trekken van een vergelijking met productiviteitscijfers uit andere (dienstverlenende) sectoren.

De expertmethodiek wordt op dit moment enkel gebruikt voor prestaties in het A-segment van de somatische zorg, waarvoor te weinig kostprijsgegevens beschikbaar zijn om een tarief op te baseren.

#### *Onderhandelde prijzen in deelmarkten met voldoende concurrentie als basis voor het gereguleerde maximumtarief voor de gehele markt*

De NZa stelt in gereguleerde markten een maximumtarief vast. Dat wil zeggen dat declaraties van beschreven prestaties niet hoger mogen zijn dan het door de NZa vastgestelde tarief. Het laat partijen echter vrij om afspraken te maken onder dit tarief.

Een belangrijke reden waarom de NZa tarieven reguleert is dat er onvoldoende concurrentie mogelijk is of concurrentie niet wenselijk wordt gevonden. Het gevoerde beleid wordt vastgesteld op basis van een gemiddelde situatie over heel Nederland. Het is niet uitgesloten dat bepaalde delen c.q. regio's van Nederland een ander beeld laten zien. In die zin dat daar wel concurrentie mogelijk is en zelfs plaatsvindt.

Als de onderhandelde prijs lager ligt dan het maximumtarief kan dat een signaal zijn dat in deelmarkten gezonde afstemming plaatsvindt tussen vraag en aanbod. De vraag die dan rijst is: "Waarom hanteren we deze door de markt tot stand gekomen prijs niet voor de gehele markt?"

Het gebruik van deze onderhandelde prijs heeft een aantal voordelen. De prijs weerspiegelt de afstemming tussen vraag en aanbod. Deelmarkten waar geen sprake is van concurrentie, worden gedwongen te presteren alsof er wel concurrentie zou zijn. Ze worden daardoor geprikkeld om net zo doelmatig te werken als aanbieder in de deelmarkten met concurrentie dat doen. Bij voldoende concurrentie betekent dit dat de prijzen een reflectie zijn van de onderliggende kosten. Als er ook in de deelmarkten waar het tarief op is gebaseerd sprake is van gebrekkige concurrentie hoeft dat niet zo te zijn.

De periodieke kostenonderzoeken die de NZa uitvoert kunnen door het hanteren van deze door de markt tot stand gebrachte prijzen veel eenvoudiger. Dit vermindert administratieve lasten, er is alleen informatie nodig over de door aanbieders gedeclareerde prijzen. Verder kan veel sneller en accurater worden ingespeeld op veranderende marktomstandigheden. De tarieven weerspiegelen hierdoor veel beter de

huidige situatie in de markt. Door het tarief jaarlijks te herijken op basis van prijsontwikkelingen in deelmarkten met voldoende concurrentie vindt ook automatisch een correctie plaats voor zowel prijs als productiviteitsontwikkelingen.

Om te onderzoeken of dit in een specifieke markt haalbaar is, is het wel noodzakelijk dat eerst goed onderzocht moet worden of er deelmarkten (binnen een door de NZa geregleerde markt) bestaan waar sprake is van concurrentie tussen aanbieders en verzekeraars.





## 4. Uitgangspunt tariefbepaling

### 4.1 Inleiding

Wij gebruiken kostprijgegevens verkregen via kostprijsonderzoeken of een inschatting op basis van publieke bronnen om tarieven vast te stellen.

Wij kunnen daarbij verschillende methoden hanteren. Hieronder lichten wij deze methoden toe. Daarnaast is het de vraag hoe snel tarieven aangepast moeten worden: ineens of stapsgewijs met een geleidelijke verandering over een aantal jaren.

### 4.2 Grondslag tarieven

#### *Gewogen gemiddelde*

Het gewogen gemiddelde van een aselekt gekozen populatie is een veelgebruikte methode waarmee wij tarieven in markten vaststellen. Wij stellen daarbij een gemiddelde kostprijs per prestatie vast, waarbij het gemiddelde het meest wordt beïnvloed door de aanbieders met het grootste 'gewicht'. Wij hanteren bij de bepaling van het gewicht van een individuele aanbieder uit de steekproef in principe de productieomvang van die aanbieder. Voorbeelden van sectoren waarbij de NZa gebruik maakt van het gewogen gemiddelde om te komen tot tarieven zijn de huisartsenzorg, de langdurige zorg en de mondzorg.

#### *Mediaan*

Bij het gebruik van de mediaan wordt het tarief gebaseerd op de middelste waarneming van een reeks werkelijke historische kosten. Over het algemeen kan worden gezegd dat de mediaan minder gevoelig is voor uitbijters (waarnemingen met een extreme waarde) dan het gewogen gemiddelde. Aanbieders met een zeer hoge, of zeer lage kostprijs beïnvloeden dan het tarief minder dan wanneer het tarief gebaseerd wordt op het gewogen gemiddelde. De mediaan is gebruikt bij het bepalen van de tarieven voor de somatische zorg, de curatieve GGZ en de forensische zorg.

#### *Best practice*

Een ander uitgangspunt dat de NZa kan gebruiken voor haar tariefstelling is een zogenaamde 'best practice', een best presterende aanbieder (of best presterende groep aanbieders) in de sector. Het begrip best practice is breed te interpreteren. Zo kan de best practice bepaald worden als zijnde het best presterende kwartiel (25 procent) van de sector, maar kan de best practice ook gedefinieerd worden als de beste 40 procent. Als de best practice gesteld wordt op het niveau van de beste 50 procent, dan is deze gelijk aan de mediaan. In principe kan de mediaan daarom gezien worden als best practice.

Achterliggende gedachte bij het gebruik van de best practice is dat wanneer een aantal aanbieders tegen een lagere kostprijs kunnen werken, de anderen dat in principe ook zouden moeten kunnen. Wel is het daarbij van belang om inzicht te hebben in de redenen waarom de best practice een bepaald kostenniveau haalt. Dit kan zijn door een meer dan gemiddeld efficiënte bedrijfsvoering maar bijvoorbeeld ook door een minder complexe patiëntenpopulatie of door een lagere kwaliteit van zorg.

Het baseren van een tarief op basis van de best practice van een sector geeft een sterkere prikkel tot doelmatige zorg. Meer zorgaanbieders worden immers geprikkeld om toe te werken naar het doelmatige (tariefs)niveau dan wanneer het gemiddelde in de sector als uitgangspunt genomen wordt voor het tarief. De tarieven voor 2013 van vervoer van en naar de dagbesteding zijn gebaseerd op de best practice.

### 4.3 Naar het efficiënte kostenniveau: ineens of stapsgewijs

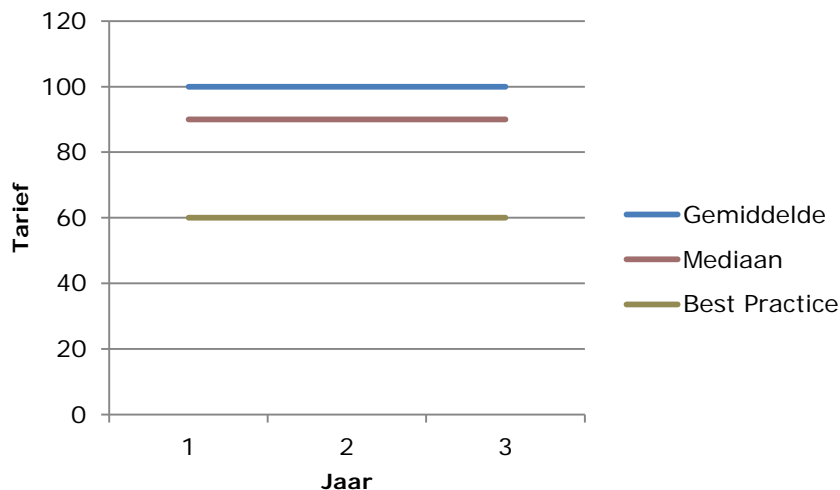
#### *Ineens*

Met deze benadering bedoelen wij dat tarieven die worden vastgesteld niet wijzigen op basis van informatie die is verkregen uit het vorige herijkmoment. De enige wijziging in het tarief die optreden zijn de indexering.

Reden om het tarief bij een herijkmoment ineens aan te passen aan het efficiënte niveau is dat op deze manier zorgverzekeraars en verzekerden niet onnodig teveel betalen, of dat aanbieders niet te lang hoeven te wachten op een verhoging van het tarief. Een risico van deze methode is echter wel dat aanbieders geen tijd hebben om hun bedrijfsvoering aan te passen aan het efficiënte niveau.

Wij maken meestal gebruik van maximumtarieven. Tarieven voor (een deel van de) prestaties in onder andere de somatiek, curatieve GGZ, mondzorg en huisartsenzorg zijn maximumtarieven die zijn gebaseerd op het gewogen gemiddelde danwel de mediaan.

**Figuur 5: Stationaire benadering**



Bron: NZa

Noot: Illustratief voorbeeld. In deze grafische weergave is geen jaarlijkse indexering opgenomen, daarnaast ligt de mediaan niet per se tussen het gemiddelde en de best practice. Dat is afhankelijk van de verdeling van de kostprijzen van aanbieders in de steekproef.

#### *Stapsgewijs*

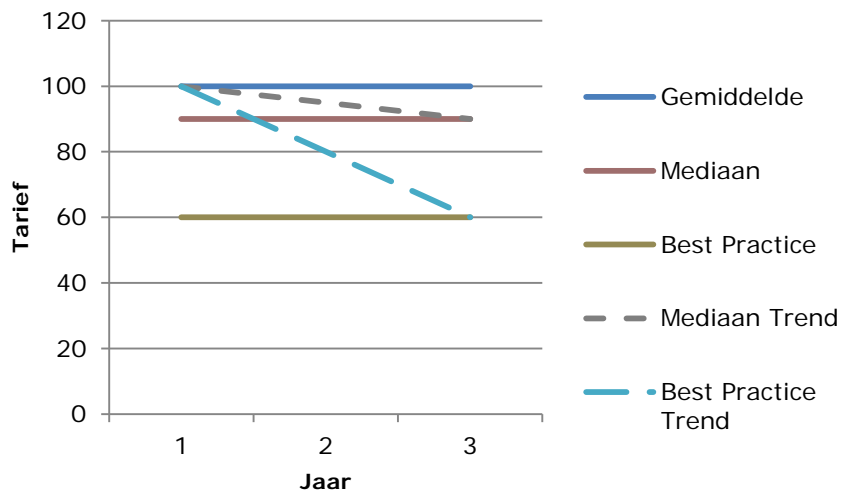
Een andere mogelijkheid om een prikkel tot efficiënter werken door te voeren is stapsgewijs. Hierbij wijzigen de tarieven wel tussen de twee herijkmomenten. Bij het herijken van de tarieven wordt niet alleen een tarief bepaald voor het huidige jaar, maar worden ook tarieven bepaald die in de volgende jaren tot het volgende herijkmoment gelden.

Het tarief wordt in de komende jaren dan in stappen aangepast, zodat het tarief in het jaar voorafgaand aan het volgend herijkmoment gelijk is aan het efficiënte niveau.

In vergelijking met het ineens vaststellen van het efficiënte tarief heeft de stapsgewijze methode het voordeel voor aanbieders dat deze de tijd krijgen om hun bedrijfsvoering zo in te richten, zodat zij het doelmatigheidsniveau van de meest doelmatige aanbieders uit de sector kunnen evenaren. Het beschermt de aanbieders daarmee voor te grote wijzigingen in de tarieven. Zo zijn de honoraria van kaakchirurgen over een periode van twee jaar verlaagd, om uit te komen op het eigenlijke niveau dat gerechtvaardigd is op basis van de uitkomsten van het kostprijsonderzoek.

Tegelijkertijd heeft deze methode het effect dat behaalde doelmatigheidswinsten eerder worden verdisconteerd in de tarieven, waardoor deze sneller terugvloeien naar de consument. Waar het tarief bij een vast tarief gedurende de periode tot het volgende herijkmoment gelijk blijft of stijgt door de indexering, vindt bij de stapsgewijze methode elk jaar een tariefaanpassing plaats richting de best practice. Gezien het feit dat, zoals eerder beschreven, elk tarief een efficiencyprikkel in zich heeft, doet deze methode meer recht aan de ontwikkeling van doelmatigheid in de sector dan het vaste tarief.

**Figuur 6: Trendmatige benadering**



Bron: NZa

Noot: Illustratief voorbeeld. In deze grafische weergave is geen jaarlijkse indexering opgenomen, daarnaast ligt de mediaan niet per se tussen het gemiddelde en de best practice. Dit is afhankelijk van de kostprijzen van de aanbieders in de steekproef.



## 5. Ontwikkeling tarieven

### 5.1 Inleiding

Zoals in paragraaf 2.2 gesteld vinden wij het onwenselijk om elk jaar een nieuw kostenonderzoek uit te voeren. Dat zou resulteren in hoge administratieve lasten, bovendien zouden er grote fluctuaties kunnen optreden in de opeenvolgende jaren.

Om een nieuw tarief te kunnen vaststellen in een jaar zonder kostprijsonderzoek moet een schatting gemaakt worden van de ontwikkeling van de kostprijs van de prestaties. Daarvoor moeten twee inschattingen worden gemaakt:

- 1. Wat is de verandering in de kosten van de arbeid en materiaal ten opzichte van het kostenniveau uit het laatste kostprijsonderzoek (prijsindexering)?
- 2. Gebruiken aanbieders minder of juist meer arbeid en kapitaal om dezelfde prestaties te leveren (productiviteit)?

Momenteel stelt de NZa in een jaar waarin geen kostprijsonderzoek plaatsvindt tarieven vast door de tarieven van het voorgaande jaar te indexeren. Hiermee wordt op dit moment wel invulling gegeven aan de inschatting met betrekking tot prijsindexering, terwijl aanpassing van de tarieven naar aanleiding van de inschatting van productiviteit achterwege blijft.

#### *DBC-zorgproducten*

De bedragen van de DBC-zorgproducten worden trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. Regels voor de berekening van de gewogen gemiddelde index zijn vastgelegd in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de beleidsregel 'Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg'. Voor de tandheelkundige zorg, orthodontie, huisartsenzorg, verloskundige zorg en logopedische zorg is de wijze van indexering vastgelegd in de beleidsregel 'Indexering'.

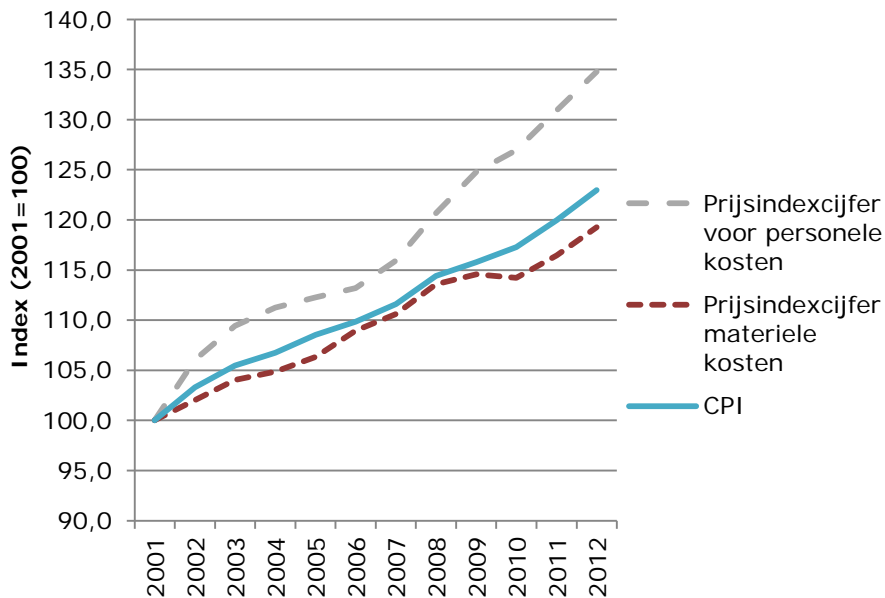
Een deel van de indexering heeft betrekking op loonkosten, conform het OVA-convenant worden deze kosten geïndexeerd op basis van de OVA-index. De OVA-index is gebaseerd op de loonontwikkeling in de marktsector. De kosten voor goederen en diensten worden jaarlijks opgehoogd met de Consumenten prijsindex (CPI)-index.<sup>8</sup> De index die de NZa hanteert is een combinatie van realisatiecijfers en een prognose van het Centraal Planbureau (CPB) in het Centraal Economisch Plan.

In de OVA-index wordt geen rekening gehouden met mogelijke productiviteitsontwikkelingen. Ook wordt geen rekening gehouden met het feit dat de loonontwikkeling in de gezondheidszorg kan afwijken van de loonontwikkeling in de marktsector als geheel. Als deze verschillen optreden ontstaat er een verschil tussen het efficiënte kostenniveau van aanbieders en het tarief. Dat kan resulteren in te lage tarieven voor de

<sup>8</sup> Op grond van de beleidsregel voor de medisch specialistische zorg wordt in de berekening van de gewogen gemiddelde index uitgegaan van een aandeel van 2/3 loonkosten en 1/3 materiële kosten. In de GGZ is de gewogen gemiddelde index gebaseerd op een aandeel van 85% loonkosten en 15% materiële kosten. De loonkosten in de praktijkkosten in de eerste lijn worden aangepast op basis van de OVA-index, de materiële kosten op basis van CPI. Het inkomensbestanddeel muteert op basis van de index voor contractuele loonkosten per uur voor de sectoren 'gezondheids- en welzijnszorg', 'openbaar bestuur' en 'onderwijs'.

zorgaanbieders maar ook in tarieven die te hoog zijn waardoor consumenten teveel betalen voor geleverde zorg. Ook de CPI-index kent beperkingen. De CPI-index is opgebouwd uit de prijsontwikkeling van een mandje van consumentengoederen. In dit mandje zitten andere goederen dan de goederen die zorginstellingen nodig hebben om zorg te leveren. +

**Figuur 7: Ontwikkeling van prijsindexcijfers**



Bron: CBS, NZa

Noot: De ontwikkeling van het prijsindexcijfer voor de materiele kosten komt niet exact overeen met de ontwikkeling van CPI, hoewel de index daar wel op is gebaseerd. Dit komt omdat het prijsindexcijfer voor materiele kosten deels is gebaseerd op de realisatie van het afgelopen jaar en een prognose van het CPB.

### ZZP-prestaties

De indexering bestaat voor de ZZP's uit een component voor loon, een component voor materiaal en een component voor de kapitaallasten. De indexering van de looncomponent gebeurt op basis van de OVA-index. De prijsbijstelling voor de materiele kosten wordt bepaald op basis van de prijs particuliere consumptie zoals gepubliceerd in het centraal economisch plan. Deze twee componenten worden gecombineerd in één index die bestaat uit 75% loon en 25% materiaal. De inventaris is nog niet opgenomen in de ZZP's en wordt daarom afzonderlijk bijgesteld op basis van de prijs particuliere consumptie.

De indexering voor een bepaald jaar is gebaseerd de voorcalculatie voor datzelfde jaar en de nacalculatie van het jaar ervoor. Hierbij wordt rekening gehouden met de volgende elementen:

- De structurele verwerking van de definitieve index jaar t-1
- De voorlopige index jaar t
- De inhaal over het jaar t-2
- De inhaal over het jaar t-1

De indexeringsystematiek staat in detail beschreven in de factsheet 'Indexering ZZP's'.

De genormeerde kapitaallasten worden jaarlijks geïndexeerd op basis van de gezondheidszorgindex (voorheen: bouwkostenindex). Deze wordt berekend op basis van gegevens van het Bouwcollege TNO Centrum Zorg

en Bouw (voorheen: Bouwcollege).

Deze TNO-gezondheidszorgindex wordt door de NZa aangevuld met een prognose voor de ontwikkeling in de bouwkosten voor het lopende jaar. Dit gebeurt op basis van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het CPB.

Voor de jaarlijkse indexering van de NHC's geldt gedurende de overgangperiode (jaren 2012 t/m 2017) een vaste index van 2,5%.

Onderstaand bespreken wij hoe beter rekening gehouden zou kunnen worden met kostenveranderingen. Dat doen we door eerst te bespreken welke alternatieven er zijn voor de huidige wijze van indexeren. Daarna beschrijven wij hoe de mogelijke productiviteitsverandering ingeschat zou kunnen worden.

## 5.2 Varianten van indexering

### *Geen indexering*

Zonder indexering kan een verschil ontstaan tussen de kostprijs van zorg door aanbieders en het gereguleerde tarief. Dat kan voor zowel consumenten als aanbieders nadelig zijn. Aanbieders lopen het risico dat zij te maken krijgen met prijsstijgingen die zij niet in een hoger tarief aan zorgverzekeraar of patiënt kunnen doorbereken. Hierdoor worden hun kosten niet gedekt door tarieven. Bij effectieve kostprijzdalingen betaalt een consument echter teveel als het tarief niet wordt aangepast.

### *Indexering zonder rekening te houden met productiviteitsveranderingen*

Indexatie waarbij wel rekening gehouden wordt met prijsveranderingen maar niet met veranderingen in de productiviteit kent dezelfde nadelen als niet indexeren. Het verschil tussen tarieven en kosten zal wel minder groot zijn dan bij geheel niet indexeren.

In de meeste jaren is de productiviteitsverandering positief. Dit betekent dat tarieven op basis van een kostprijsonderzoek op een lager niveau zouden moeten worden vastgesteld.

### *Indexeren rekening houdend met productiviteitsveranderingen*

Als zowel de prijsontwikkeling als de productiviteitsverandering continue gemeten zou kunnen worden dan zou door indexering het tarief continue de werkelijke kostprijs weerspiegelen. In de praktijk kan die werkelijke kostprijs alleen maar benaderd worden, dat komt door een gebrek aan informatie en de onmogelijkheid om toekomstige prijs- en productiviteitsontwikkelingen perfect te voorspellen. Het voordeel van het toepassen van een index die rekening houdt met productiviteitsveranderingen is dat het verschil tussen kosten en tarieven minder groot wordt. Hierdoor hoeft minder vaak een kostprijsonderzoek plaats te vinden wat resulteert in lagere administratieve lasten. Van belang is wel dat de productiviteitsverandering voor alle aanbieders haalbaar is, zodat de toegankelijkheid van zorg geborgd blijft. Zowel voor al efficiënt opererende aanbieders als aanbieders die nog een slag moeten maken om de meest doelmatige aanbieders in de markt bij te halen.

Dit houdt niet in dat alle aanbieders deze slag ook daadwerkelijk maken. Mogelijk richten bepaalde aanbieders zich op andere vormen van zorg waar zij een efficiënte bedrijfsvoering bewerkstelligen. Het criterium van haalbaarheid is hier gelegen in het feit dat de productiviteitswinst gehaald kan worden in de voor de aanbieder beïnvloedbare kosten.

### 5.3 Hoe kan de productiviteitsverandering ingeschat worden?

Uit de voorgaande paragraaf blijkt dat er goede argumenten zijn om in de indexeringsrekening te houden met ontwikkelingen in de productiviteit. De vervolgvraag is hoe dat in de praktijk zou moeten gebeuren. Een van de mogelijkheden is om een schatting van de verwachte productiviteitsontwikkeling te hanteren. Deze verwachting kan de NZa normatief vaststellen of baseren op de productiviteitsontwikkeling in het verleden. Door de verwachte productiviteitsontwikkeling te baseren op de ontwikkeling in het verleden hebben productiviteitsontwikkelingen met een vertragingseffect op de hoogte van de tarieven.

#### 5.3.1 Onderzoek Ecorys naar productiviteitsfactor

Wij hebben het onderzoeksbureau Ecorys gevraagd om de beschikbare methoden te evalueren om (verwachte) productiviteitsontwikkelingen mee te wegen bij de vaststelling van maximumtarieven.<sup>9</sup>

##### *Mogelijke meetmethodes*

Ecorys onderscheidt twee hoofdmethoden om productiviteit te meten:

- Micro-economische benchmarkmethode  
Deze benchmarkmethode sluit aan bij micro-economische informatie, waarbij gekeken wordt naar eenvoudige productiviteitsmaatstaven ("eenheidskostenbenadering") of naar de ontwikkeling in de productiviteit zoals blijkt uit een modelmatige analyse ("frontierbenadering").
- Macro-economische methode  
De macro-economische methode sluit aan bij de officiële productiviteitsstatistiek zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) deze produceert. Uit deze cijfers kan de ontwikkeling in de totale factorproductiviteit ('TFP') worden afgeleid, dat is de groei in de output die niet kan worden verklaard door een toename in de inzet van productiefactoren zoals arbeid, kapitaal, en materialen.

##### *Benodigde data*

Voor de benchmarkbenadering is data op instellingsniveau noodzakelijk. Bruikbare databronnen die hiervoor geraadpleegd kunnen worden zijn jaarverslagen van zorginstellingen of de resultaten verzameld via de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen. Ecorys komt echter tot de conclusie dat DigiMV als bron van jaarverslagen onvoldoende informatie biedt voor het meten van productiviteit in subsectoren.

Een andere databron voor de benchmarkbenadering zou informatie kunnen zijn uit kostprijsonderzoeken van de NZa. Wij voeren niet ieder jaar in iedere sector een dergelijk onderzoek uit waardoor niet voor alle sectoren voor ieder jaar beschikbaar zijn. Een andere door Ecorys genoemde aanpak is om de kosten en opbrengsten te desaggregeren op basis van verdeelsleutels (bijvoorbeeld: kosten verdelen op basis van omzet). De laatste aanpak heeft echter als risico dat de kostenallocatie onjuist is waardoor een verkeerd beeld ontstaat.

Als echter niet kostenontwikkelingen maar prijsontwikkelingen gebruikt worden om tot een productiviteitscijfer te komen (waarbij de prijzen van het product in relatie staan tot het onderliggende kostenniveau) dan zijn Vektis en het DBC-Informatiesysteem bruikbare bronnen van data. Hierbij stappen wij dan, met betrekking tot de bepaling van

<sup>9</sup> Bijlage A: Ecorys (2013) 'Productiviteitsontwikkelingen en gereguleerde tarieven in de zorg'.



productiviteit, wel van de kostengeoriënteerde benadering over naar de prijsgeoriënteerde.

De macro-economische benadering vereist het gebruik van data op een meer geaggregeerd niveau. Macro-economische gegevens over de productiviteit van verschillende sectoren zijn beschikbaar via de databank Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In deze databank publiceert het CBS zogenoemde groeirekeningen die een weergave bevatten van productie, toegevoegde waarde, inputfactoren en de productiviteitsontwikkeling uitgesplitst naar de productiemiddelen arbeid, kapitaal, energie, materialen en diensten. Deze rekeningen bevatten tevens informatie over de TFP. In de berekening van de TFP hanteert het CBS een weging op basis van de kostenaandelen van de verschillende inputfactoren in de geconsolideerde productie.<sup>10</sup>

#### *Conclusie Ecorys*

Aan de hand van een aantal beoordelingscriteria zoals de uitvoerbaarheid en de vergelijkbaarheid, de bruikbaarheid van de methode en de toepassing in de praktijk heeft Ecorys de verschillende methodes beoordeeld.

Ecorys concludeert dat op basis van de opgestelde criteria de TFP-methode met gebruik van macro-economische data het hoogst scoort. Het verschil met de eenheidskostenbenadering is echter gering. Bij gebrek aan data op microniveau resteert het gebruik van een macro-economische methode voor het berekenen van een productiviteitsverandering in de zorg.<sup>11</sup>

Voor de korte termijn bieden macro-economische cijfers met betrekking tot totale factorproductiviteit een betrouwbare indicatie voor de verwachte productiviteitsveranderingen in de zorg. Deze cijfers zijn bovendien afkomstig van een onafhankelijke bron, namelijk het CBS.

Bij het verwerken van de gemeten productiviteitsverandering in de tarieven dient volgens Ecorys een balans gevonden te worden tussen de representativiteit en de stabiliteit van de te hanteren productiviteitscijfers. Representativiteit van de te gebruiken productiviteitscijfers is gewenst om te borgen dat de vast te stellen tarieven niet te veel afwijken van het kostendekkende niveau. Stabiliteit is gewenst om te zorgen voor voorspelbaarheid in de tariefontwikkeling.

Vanuit het oogpunt van representativiteit zou vooral gekeken moeten worden naar de productiviteitsontwikkeling in recente jaren. Uit de analyse van Ecorys blijkt echter dat de productiviteitsontwikkeling van jaar tot jaar niet stabiel is en sterk fluctueert. Om deze reden adviseren zij om een vijfjaarsgemiddelde te gebruiken van de totale factorproductiviteit.

Om representativiteit te borgen is het ook van belang dat de productiviteitsmeting niet op een te hoog aggregatieniveau plaatsvindt.

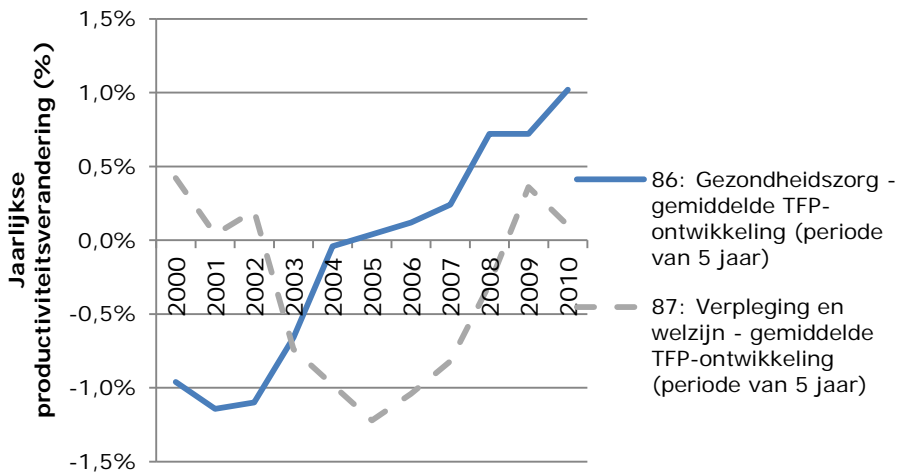
Tenslotte is het volgens Ecorys voor de representativiteit van belang dat in voldoende mate wordt gecorrigeerd voor andere factoren die van invloed zijn op het kostenniveau in een sector. Dit is vooral van belang als deze factoren naar verwachting een grote en onvoorspelbare invloed hebben op het kostenniveau.

---

<sup>10</sup> De NZa heeft naar aanleiding van de conclusies van Ecorys contact opgenomen met het CBS. Dit heeft voor de NZa geleid tot nzicht in de beschikbaarheid en duiding van de gegevens en een aantal relevante publicaties zoals *Hilten et al. (2008) Productiviteit in de gezondeids- en welzijnszorg: Handle with care, CBS*.

<sup>11</sup> De TFP-methode is ook toepasbaar op micro-economische data.

**Figuur 8: voortschrijdend gemiddelde productiviteitsontwikkeling (op basis van totale factorproductiviteit)**



Bron: Ecorys op basis van CBS-data

*TFP in tariefregulering*

Het gebruik van TFP heeft inmiddels ook zijn weg gevonden in de bepaling van tarieven in het zorgstelsel van de Verenigde Staten. Sinds de invoering van de *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), beter bekend als Obama Care of de "Affordable Care Act", wordt er in de VS rekening gehouden met productiviteitswinst in de gezondheidssector. Sinds 2012 wordt een jaarlijks percentage van 1,1 procent in mindering gebracht op het gezondheidsbudget.

**Affordable Care Act**

In de nieuwe ziektekostenwet is een paragraaf opgenomen om ieder jaar te corrigeren voor productiviteitsgroei bij zorginstellingen. Het doel is: "... to create a strong incentive for hospitals and other providers to improve their efficiency".<sup>12</sup>

"For 2012 and each subsequent fiscal year, after determining the applicable percentage increase described in clause (i) and after application of clauses (viii) and (ix), such percentage increase shall be reduced by the productivity adjustment described in subclause (II).  
 "(II) The productivity adjustment described in this subclause, with respect to a percentage, factor, or update for a fiscal year, year, cost reporting period, or other annual period, is a productivity adjustment equal to the 10-year moving average of changes in annual economywide private nonfarm business multi-factor productivity (as projected by the Secretary for the 10-year period ending with the applicable fiscal year, year, cost reporting period, or other annual period)."<sup>13</sup>

De Medicare Payment Advisory Commission heeft geadviseerd over de toepassing van een productiviteitsfactor (maart 2010). De achterliggende motivatie is dat competitieve markten continue van werknemers en werkgevers een verbetering van de productiviteit vragen. Deze werkgevers en werknemers betalen de middelen voor de financiering van

<sup>12</sup> J.D. Shatto et al. (2013) 'Projected Medicare Expenditures under Illustrative Scenario's with Alternative Payment updates to Medicare providers', Centers for medicare & Medicaid services

<sup>13</sup> Patient Protection and Affordable Care Act: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/content-detail.html>

Medicare. Het medicare betaalsysteem zou daarom dezelfde druk moeten leggen op de gezondheidszorg.

De productiviteitsfactor is gebaseerd op het tienjaars voortschrijdend gemiddelde van de gehele economie met uitzondering van de landbouwsector. De meting gebeurt volgens het KLEMS model, multi-factor productiviteit. Er is bewust gekozen voor een economie brede productiviteitsfactor. Het meten van multi-factor productiviteit sector specifiek is omgeven door allerlei "meetproblemen". Bepaalde sectoren (zorg, financieel), laten over langere perioden een negatieve productiviteitsontwikkeling zien. Onderzoekers wijten dit aan problemen met het op een juiste manier meten van de input factoren en of de output: *"The reasoning is grounded in the idea that when there is evidence of technological progress in an industry, productivity can be expected to rise."*<sup>14</sup>

Bij sectoren met een groot dienstverlenend karakter en een groot aandeel van de factor arbeid, is het lastig om te corrigeren voor de samenstelling van het personeelsbestand. Bij de output is het in dienstverlenende sectoren niet eenvoudig om te corrigeren voor kwaliteitsveranderingen en is het lastig om alle producten (en de veranderende samenstelling daarvan) onder een noemer te brengen. De keuze voor een economie brede productiviteitsfactor is daarom vooral een pragmatische keuze: *"In the absence of a usable physician-specific measure of productivity, Medicare's use of of the economywide mean is certainly a reasonable choice."*<sup>15</sup> Er is meer onderzoek nodig naar betere methodieken om ook voor dienstverlenende sectoren goede productiviteitscijfers te genereren.

De opmerkingen van CMS (Center for Medicare & Medicaid Services) op de productiviteitsfactor in 2011 zijn:

1. dat er sprake moet zijn van haalbare productiviteitsdoelen;
2. dat het onwaarschijnlijk is dat de productiviteit van de gezondheidszorg zich gelijk kan ontwikkelen met die van de gehele economie en
3. maar dat desondanks de PPACA aanbieders een sterkere financiële prikkel zal geven om ondoelmatige zorgverlening te verminderen. Daarbij zal het aanbieders stimuleren om hun voordeel te doen met nieuwe technologie.

### Conclusie

In de VS is gekozen voor een productiviteitsaanpassing van de prijs indexering (MEI<sup>16</sup>) voor de zorg op basis van een meerjarig economie brede multi-factor productiviteitsontwikkeling. Het doel is efficiëntere zorg.

### Totale kosten per product

Een andere methode dan de TFP om productiviteitsontwikkeling te bepalen is het gebruik van de totale kosten per product. Dit is een vorm van eenheidskostenbenadering zoals die wordt voorgesteld door Ecorys.

Bij de bepaling van productiviteit is een veelgebruikte eenvoudige methode het bepalen van een ratio tussen input en output. Deze methoden geeft verschillen van productiviteit in de tijd of tussen instellingen weer. Hoewel deze methode simpel in gebruik is, is een

<sup>14</sup> M.J. Harper et al. (2010) 'Nonmanufacturing industry contributions to multifactor productivity, 1987-2006', Monthly Labor Review.

<sup>15</sup> J.P. Newhouse et al. (2007-2008) 'Productivity Adjustment in the medicare Physician Fee Schedule Update', Health Care Financing Review, 2007-2008, vol. 29, no.2.

<sup>16</sup> Medicare Economic Index, praktijkkosten inflatie index.

kanttekening bij het gebruik dat de globale weergave weinig recht doet aan de vaak complexe realiteit.<sup>17</sup>

Totale kosten per product is een relatief gemakkelijk te bepalen ratio die gebruikt kan worden voor productiviteitsbepaling. De kanttekening die Blank et al. (2011) maken is hierop echter wel van toepassing, totale kosten per product is grofmazig.

De methode is echter goed toepasbaar als het aandeel (ir)relevante inputfactoren en differentiatie in output tussen twee ijkmomenten gelijk blijft. De invloed van deze aandelen in de verandering van de ratio zijn dan tegen elkaar weg te strepen, waardoor uiteindelijk toch een verdienstelijke maat voor productiviteitsontwikkeling ontstaat.

---

<sup>17</sup> Blank et al. (2011) Ziekenhuismiddelen in Verband: Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009, TU Delft: IPSE Studies.

## 6. Analyse: financiële gevolgen van sturen op doelmatigheid

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven wij inzicht in de door ons voorgestelde methoden, en de effecten daarvan op de omvang van verschillende zorgmarkten. We doen dit door op basis van kostprijsdata uit voorgaande kostprijsonderzoeken de verschillende methodieken door te rekenen en creëren hiermee 'wat als' scenario's.

We bespreken zowel de methoden die zijn voorgesteld in hoofdstuk 4 (uitgangspunten tarieven) als die in hoofdstuk 5 (ontwikkeling tarieven).

De data die gebruikt zijn in de rekenvoorbeelden komen uit het kostprijsonderzoek naar het A-segment in de ziekenhuiszorg. De keuze voor dit onderzoek is niet gebeurd op basis van het veronderstelde doelmatigheidspotentieel. Wij hebben de gegevens geselecteerd op basis van de beschikbaarheid en aard van de data die voortvloeit uit het al bestaande rekenmodel. Door middel van het gebruikte model lichten wij de hiervoor beschreven modellen voor tariefbepaling toe.

### 6.2 Data

#### *Historische kostprijsdata*

In 2013 is voor de ziekenhuiszorg een kostprijsonderzoek uitgevoerd. Hieronder volgt een beschrijving van de aard van de data en toelichting op het gebruikte kostprijsmodel.

#### *Medisch specialistische zorg*

De NZa heeft in april 2012 besloten om het nieuwe NZa-kostprijsmodel voor medisch specialistische zorg vast te stellen inclusief bijbehorende regelgeving. Op basis van de nadere regeling (NR/CU-235) zijn algemene ziekenhuizen en UMC's verplicht om kostprijzen over 2012 aan te leveren op zorgproductniveau. Deze kostprijsinformatie per product vormt de basis voor herijking van de kostdelen van tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment per 2014.

De instellingen hebben op basis van bovengenoemd model kostprijzen van het gereguleerde segment berekend, onderverdeeld in de volgende kosten(sub)categorieën:

	(sub)categorie
1	Personeelskosten: Honoraria Medisch specialisten <sup>18</sup> niet in loondienst
2	Personeelskosten: Overige kosten Medisch specialisten niet in loondienst
3	Personeelskosten: Medisch specialisten in loondienst
4	Personeelskosten: Arts In Opleiding tot Specialist (AIOS)
5	Personeelskosten: Overig
6	Materiële kosten: Geneesmiddelen
7	Materiële kosten: Bloed
8	Materiële kosten: Kunst- en hulpmiddelen, implantaten
9	Materiële kosten: Overig
10	Gebouwegebonden kosten: Huur en afschrijvingen gebouwen en installaties
11	Gebouwegebonden kosten: Onderhoud en beheer
12	Medische en overige inventaris
13	Financieringslasten
14	Opbrengsten (negatieve kosten): overige opbrengsten anders dan baten uit declaratie van zorgproducten.

Voor de productprijsberekening van de kostentarieven 2014 zijn de werkelijke kosten van categorieën 4 t/m 14 van alle aanbieders als uitgangspunt genomen. Op basis hiervan is het mogelijk om voor iedere individuele aanbieder de gemiddelde kostprijs per product te berekenen. Vervolgens hebben wij op basis van de gehele uitvraag de mediaan genomen om te komen tot een landelijke productprijs. Deze productprijs is uiteindelijk de basis voor het vast te stellen tarief. Daar waar slechts een beperkt aantal (inhomogene) waarnemingen voorhanden was, is gekozen voor het gewogen gemiddelde als norm om te komen tot een landelijke productprijs.

### 6.3 Analyses

Op basis van de gegevens uit de uitvraag van het kostprijsmodel zijn we in staat om verschillende methodieken door te rekenen om te komen tot een landelijke productprijs. De verschillen in methodiek bestaan in hoofdzaak uit verschillen in gehanteerde tariefprincipes.

#### *Dataselectie en tariefprincipes*

De verzameling kostprijsgegevens omvat per aanbieder voor elke prestatie een gemiddelde kostprijs per prestatie en het geproduceerde aantal. In deze analyse hebben we alleen informatie meegenomen van de prestaties die in de productstructuur 2014 zijn opgenomen en die tevens via het nieuwe kostprijsmodel zijn herijkt: het betreft zo'n 15% van de DBC-zorgproducten en bijna 70% van de overige zorgproducten in het gereguleerde segment.<sup>19</sup>

Het sturen op doelmatigheid kan gestalte gegeven worden door de tariefprincipes zoals vastgelegd in onze beleidsregels te heroverwegen.

<sup>18</sup> Betreft zowel poort- als ondersteunende specialisten.

<sup>19</sup> De grote zorgproductgroepen Kindergeneeskunde, Cardiothoracale Chirurgie en Neurochirurgie in het A-segment zijn per 2013 significant gewijzigd, waardoor kostprijsinformatie over het boekjaar 2012 niet bruikbaar was voor herijking van de tarieven 2014. Zie het beoordelingsdocument release DOT 2014: [http://www.nza.nl/104107/138040/Beoordelingsrapport\\_release\\_DOT\\_2014.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Beoordelingsrapport_release_DOT_2014.pdf).

We hebben op basis van kostprijsgegevens de verwachte omzet voor bovengenoemde prestaties in beeld gebracht bij toepassing van de onderstaande tariefprincipes<sup>20</sup>:

- Gewogen gemiddelde van alle waarnemingen
- Mediaan van alle waarnemingen
- Best practice (25<sup>ste</sup> percentiel) van alle waarnemingen

In het derde scenario hanteren we als best practice het 25<sup>ste</sup> percentiel van de waarnemingen. In het geval van 100 waarnemingen, gesorteerd van de laagste- naar de hoogste kostprijs betekent het toepassen van de best practice als tariefprincipe, dat de 25<sup>ste</sup> waarneming gelijk gesteld wordt aan de landelijke productprijs.

#### *Ineens naar het doelmatige kostenniveau*

Onder een stationaire benadering verstaan we in dit geval het onderzoeken van de effecten op de verwachte omzet als we de gevolgen van het toepassen van een ander tariefprincipe volledig en in één keer gaan versleutelen in de tarieven. De verwachte omzet en de effecten in de drie scenario's zijn in onderstaande tabel verwerkt.

**Tabel 1: Tariefprincipes en verwachte omzet**

Tariefprincipe	Verwachte omzet	Effect t.o.v. gewogen gemiddelde
Gewogen gemiddelde	€ 1,27 miljard	
Mediaan	€ 1,21 miljard	-4,8%
Best practice	€ 0,98 miljard	-22,9%

Bron: NZa

We zien dat de verwachte omzet bij toepassing van de mediaan ten opzichte van het gewogen gemiddelde minder sterk wijzigt (-4,8%), dan wanneer het scenario met een gewogen gemiddelde wordt vergeleken met het 'best practice' scenario (-22,9%).

In de zomer 2013 is het vernieuwde kostprijstraject voor de eerste keer doorlopen en is op vele fronten ervaring opgedaan door zowel aanleverende partijen als door de NZa. Het vernieuwde kostprijstraject is met veldpartijen ontwikkeld (via een werkgroep met experts uit ziekenhuizen). Er is bewust gekozen om zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij de kostprijsmodellen die ziekenhuizen zelf hanteren. Dit heeft geleid tot vrijheidsgraden met betrekking tot de toerekening van kosten aan zorgproducten in het NZa kostprijsmodel. Een grotere spreiding in instelling specifieke kostprijzen of het ontstaan van uitbijters kan hiervan een gevolg zijn.

Het voordeel van een mediaan is dat deze minder gevoelig is voor uitbijters dan het gemiddelde of de best practice. Daarnaast zijn er prestaties die door een klein aantal instellingen wordt geleverd, waardoor de keuze voor best practice sneller een meer extreme waarneming oplevert.

Naast he ineens doorvoeren van een nieuw tarief kunnen de effecten van de keuze voor een ander tariefprincipe stapsgewijs uitgesmeerd worden over meerdere jaren.

<sup>20</sup> Om te komen tot landelijke tarieven is bij het kostprijsonderzoek gebruik gemaakt van de mediaan van de gemiddelde kostprijs per product van de individuele aanbieder (optie 2).

*Stapsgewijs naar het doelmatige kostenniveau*

In onze analyses beschouwen we opnieuw dezelfde drie tariefprincipes die we ook bij de stationaire benadering hebben gehanteerd. Alleen brengen we nu meerjarige effecten op de verwachte omzet in beeld.

In de regel herijkt de NZa de tarieven van prestaties elke drie jaar op basis van een kostprijsonderzoek. Om die reden brengen we de effecten op de verwachte omzet in beeld als we de gevolgen van de keuze voor ander tariefprincipe uitsmeren over drie jaren.

We beschouwen hierin het scenario waarin het gewogen gemiddelde is gebruikt als benchmark of startpunt. Vervolgens wordt in de daaropvolgende jaren een afslag op de tarieven toegepast om in jaar 3 uit te komen op het verwachte omzetsniveau dat zou zijn behaald als een ander tariefprincipe zou zijn gehanteerd in jaar 1 (mediaan, best practice resp.). Tevens nemen we aan dat de jaarlijkse omzetontwikkeling gelijk is aan 1,5%.

In onderstaande tabel worden de belangrijkste resultaten vermeld.

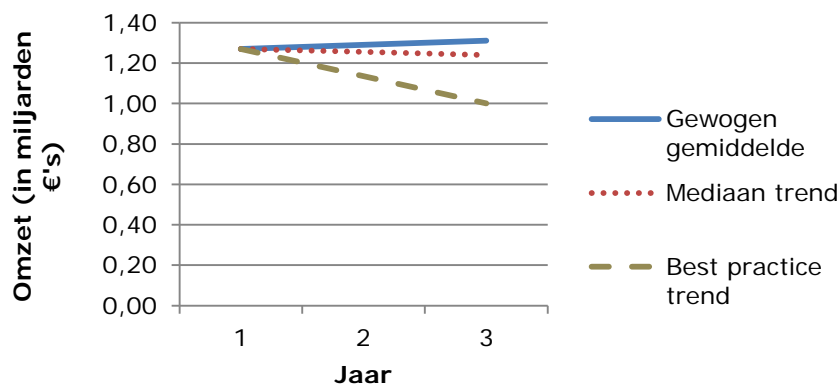
**Tabel 2: Tariefprincipes en verwachte omzetontwikkeling (in miljarden)**

Jaar	Omzet o.b.v. Gewogen gemiddelde	Omzet o.b.v. mediaan	Omzet o.b.v. Best practice
1	€ 1,27	€ 1,27	€ 1,27
2	€ 1,29	€ 1,26	€ 1,13
3	€ 1,31	€ 1,24	€ 1,00
<b>Totaal</b>	<b>€ 3,86</b>	<b>€ 3,77</b>	<b>€ 3,40</b>

Bron: NZa

Wanneer over meerdere jaren wordt toegewerkt naar het productie- en omzetsniveau behorende bij een alternatief tariefprincipe, worden de omzeteffecten gedempt. Gemiddeld genomen daalt de verwachte omzet jaarlijks met 2,41% in het scenario met de mediaan. In het scenario op basis van de best practice daalt de verwachte omzet gemiddeld met 12,21% per jaar. Onderstaande figuur brengt de verwachte omzetontwikkeling trendmatig in beeld.

**Figuur 9: Verwachte omzetontwikkeling en stapsgewijze methode**



Bron: NZa



De effecten van de keuze voor het hanteren van verschillende tariefprincipes worden in een trendmatige benadering gedempt ten opzichte van een stationaire benadering.

Verder wordt in het rapport van Ecorys de totale factorproductiviteit (TFP) genoemd als mogelijke grondslag voor de productiviteitsontwikkeling. Ook hiervan hebben wij de gevolgen doorberekend voor het A-segment, wanneer gebruik wordt gemaakt van de gemiddelde TFP-ontwikkeling over een periode van vijf jaar op basis van CBS-gegevens van branche 86 (gezondheidszorg). Deze bedroeg in 2010 1,02%.<sup>21</sup> Ook hierbij zijn wij uitgegaan van een jaarlijkse omzetontwikkeling van 1,5%.

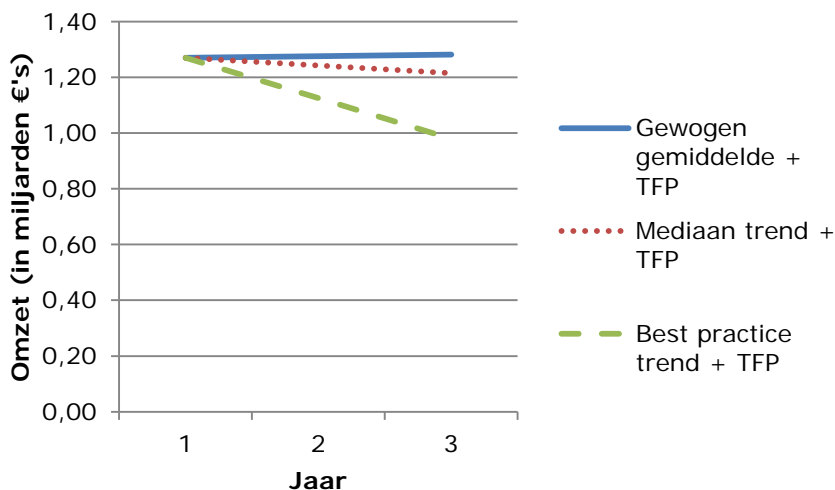
**Tabel 3: Tariefprincipes en verwachte omzetontwikkeling + TFP van 1,02% (in miljarden)**

Jaar	Omzet o.b.v. Gewogen gemiddelde	Omzet o.b.v. mediaan	Omzet o.b.v. Best practice
1	€ 1,27	€ 1,27	€ 1,27
2	€ 1,27	€ 1,23	€ 1,12
3	€ 1,26	€ 1,20	€ 0,96
<b>Totaal</b>	<b>€ 3,80</b>	<b>€ 3,70</b>	<b>€ 3,35</b>

Bron: NZa

Onderstaande figuur brengt de verwachte omzetontwikkeling trendmatig in beeld.

**Figuur 10: Verwachte omzetontwikkeling en trendmatige benadering + TFP van 1,02%**



Bron: NZa

<sup>21</sup> Veronderstelling hierbij is dat zowel achterblijvers als de best practice dezelfde productiviteitswinst kunnen halen. In de praktijk zal dit echter niet het geval zijn. Zoals ook in andere sectoren gebeurd zal daarom bij implementatie onderscheid moeten worden gemaakt tussen een *catch-up* van achterblijvers en *frontier-shift* van de best practice.



## 7. Conclusie en consultatievragen

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij op een rij gezet welke instrumenten wij in de tariefregulering zouden kunnen gebruiken om consumenten te laten profiteren van mogelijkheden voor doelmatigheidswinsten.

In onderstaande tabellen staan de voor- en nadelen van verschillende instrumenten op een rij. Dat hebben wij gedaan op basis van de drie stappen die wij onderscheiden bij het vaststellen van een tarief. De voor- en nadelen kunnen betrekking hebben op de effecten voor doelmatigheidsprikkels maar ook op zaken als administratieve lasten, voorspelbaarheid en beheersbaarheid.

1. Bronnen: op welke informatie is het tarief gebaseerd?	
Werkelijke historische kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Veel inzicht in de opbouw van de historische kostprijs van aanbieders, waardoor een doelmatig niveau (relatief) gemakkelijk te bepalen is.</li> <li>+ Kostprijsinformatie kan ook voor andere doeleinden worden gebruikt, bijvoorbeeld voor het vaststellen van de productiviteitsontwikkeling.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratief belastend, aanbieders moeten periodiek kostengegevens aanleveren.</li> <li>- Niet flexibel, er zijn beperkte mogelijkheden om rekening te houden met (wenselijke) veranderingen in het kostenniveau.</li> </ul>
Rondrekenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Door het beschikbare budget als uitgangspunt te nemen kunnen budgetoverschrijdingen worden voorkomen.</li> <li>+ Door het budget aan te passen kunnen doelmatigheidsprikkels beïnvloed worden.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De tarieven zijn niet per definitie kostengeoriënteerd. Dat is wenselijk zodat verzekeraars en consumenten een goede afweging kunnen maken tussen prestaties op basis van de relatieve kostprijs.</li> </ul>
Publieke bronnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Met deze benadering kan rekening gehouden worden met de ontwikkeling van de (doelmatige) kosten.</li> <li>+ Beperkte databehoefte ten opzichte van een volledig kostprijsonderzoek.</li> <li>+ Biedt mogelijkheid om tarief te baseren op een wenselijk geacht kostenniveau</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor een goede onderbouwing van de inschattingen kan alsnog veel onderzoek nodig zijn.</li> <li>- De uitkomsten zijn minder voorspelbaar dan bij een kostprijsonderzoek.</li> <li>- Het risico bestaat dat het tarief niet geënt is op de werkelijkheid, waardoor het tarief onvoldoende dekkend is.</li> </ul>

2. Tariefprincipes: de kostprijs van welke aanbieders vormt het uitgangspunt voor het tarief?	
Gemiddelde	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Gemiddeld genomen is het tarief kostendekkend voor aanbieders.</li> <li>- Het gemiddelde kostenniveau is niet het meest doelmatig.</li> </ul>
Best practice	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Betaalbaarheid, tarief wordt vastgesteld op de kostprijs van de X% aanbieders met het laagste kostenniveau.</li> <li>+ Door een lager tarief voelen andere aanbieders druk om toe te groeien naar het kostenniveau van de <i>best practice</i> aanbieders.</li> <li>- Verschillen in kostprijs kunnen een andere oorzaak hebben dan verschillen in doelmatigheid (bijvoorbeeld case-mix patiënten, kwaliteit van zorg).</li> </ul>
Mediaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ De helft van aanbieders zit onder de kostprijs en de helft erboven.</li> <li>+ Is minder gevoelig voor uitbijters dan het gemiddelde.</li> <li>- Mediane kostprijs is niet het meest doelmatig.</li> </ul>

3. Bijstellen tarieven: moeten wij de stijging van factorprijzen volledig in tarieven verwerken of zou ook rekening gehouden moeten worden met veranderingen in de productiviteit?	
Indexering factorprijzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aanbieders worden gecompenseerd voor een toename van de kosten.</li> <li>- Impliciet wordt aangenomen dat er geen productiviteitsverbeteringen mogelijk zijn. Daardoor is er mogelijk dubbele compensatie van arbeidskosten.</li> <li>- Berust niet op de werkelijkheid, waar prijsopdrijvende en –verlagende effecten beiden invloed hebben op de kostprijs.</li> </ul>
Geen indexering	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tarieven nemen minder snel toe.</li> <li>+ Aanbieders voelen noodzaak om doelmatigheid te vergroten.</li> <li>- In de praktijk stijgen (nominale) kosten. Door tarieven niet te indexeren zijn aanbieders mogelijk niet meer in staat te leveren.</li> <li>- Berust niet op de werkelijkheid, waar prijsopdrijvende en –verlagende effecten beiden invloed hebben op de kostprijs.</li> </ul>
Indexering o.b.v. ontwikkeling factorprijzen en productiviteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Als indexatiecijfer op het juiste niveau wordt vastgesteld worden aanbieders gecompenseerd voor een stijging van de kosten.</li> <li>+ Verzekeraars/consumenten profiteren van productiviteitsontwikkelingen</li> <li>+ Volgt de werkelijkheid door zowel prijsopdrijvende als –verlagende effecten mee te nemen in het tarief.</li> <li>- Het is niet eenvoudig om de mogelijk productiviteitsverandering goed in te schatten.</li> </ul>

Het overzicht in de tabellen is beslist niet limitatief, wij hebben geprobeerd om enkele, voor de NZa belangrijke, overwegingen inzichtelijk te maken. Wij willen de consultatie gebruiken om beter inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van de verschillende methodes van tariefregulering. Op basis daarvan kunnen wij conclusies trekken over de gevolgen voor de wijze waarop wij tarieven vaststellen. Het is daarbij denkbaar dat een bepaalde methode van tariefregulering in sommige markten goed kan werken maar niet geschikt is voor andere.

De wijze waarop wij door middel van de regulering van tarieven meer kunnen sturen op doelmatigheid zouden wij graag met u willen bespreken aan de hand van de volgende consultatievragen op de volgende pagina.

*Algemene vragen:*

- 1. Welke overwegingen wilt u ons meegeven als wij overgaan tot , meer dan nu het geval is, het opnemen van doelmatigheidsprikkels in de methode van tariefregulering?*
- 2. Kan worden volstaan met een uniforme methode voor alle sectoren met tariefregulering, of moet worden gedifferentieerd tussen verschillende sectoren?*
- 3. In het verlengde hiervan: vindt u het wenselijk dat de NZa in haar tariefstelling differentieert tussen verschillende soorten aanbieders, bijvoorbeeld op basis van kwaliteit of schaalgrootte, of kan die differentiatie het beste vorm krijgen door afspraken tussen individuele verzekeraars en aanbieders?*

*Bronnen:*

- 4. Welke voor- en nadelen ziet u bij het gebruik van de door ons genoemde bronnen waar wij een tarief op kunnen baseren? Welke heeft uw voorkeur?*

*Uitgangspunten tariefbepaling:*

- 5. Welke voor- en nadelen heeft het baseren van het tarief op de mediaan of de best practice volgens u?*
- 6. Heeft het de voorkeur om geleidelijk naar het doelmatige kostenniveau toe te groeien of zou die aanpassing ineens moeten plaatsvinden?*
- 7. Volgens welke methode zou de mogelijke productiviteitsontwikkeling in de zorg het best kunnen worden bepaald?*