BESLISSING OP BEZWAAR 110598-164986

Bij brief van 15 december 2014, die is ingekomen bij de NZa op 17 december 2014, is door mevrouw X (hierna: belanghebbende) bezwaar gemaakt tegen tariefbeschikking tandheelkundige zorg met kenmerk TB/CU-7103-03 d.d. 5 november 2014. Bij brief van 4 februari 2015 heeft belanghebbende de gronden van bezwaar aangevuld.

Naar aanleiding van dit bezwaar is belanghebbende op 16 maart 2015 gehoord.

Op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging is de directeur Strategie & Juridische Zaken van de NZa bevoegd om namens de NZa te beslissen op het bezwaarschrift.

De NZa heeft de hierboven vermelde beschikking in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar en dat het bestreden besluit ongewijzigd in stand dient te blijven. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard. Hieronder volgt de motivering daarvan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Belanghebbende voert in haar bezwaarschrift de volgende gronden van bezwaar aan tegen de tariefbeschikking betreffende de tarieven tandheelkundige zorg 2015 (hierna: de tariefbeschikking).

1. Het rapport 1A Tandartspraktijken van Deloitte, onderdeel van het Rapport Mondzorg in Kaart, geeft géén deugdelijk beeld van 'tandheelkundig' Nederland.

   Volgens belanghebbende worden de resultaten van allerlei praktijken op één hoop gegooid. Dit doet geen recht aan de financiële resultaten van veelal kleinere praktijken. Deze praktijken worden volgens belanghebbende onevenredig hard getroffen door de tariefdaling, hetgeen niet in verhouding is met het (volstrekt onduidelijke) belang van het besluit.

   Belanghebbende stelt dat de door de NZa berekende arbeidskostencomponent in de praktijk van belanghebbende "in de verste verte niet in zicht" is. Ter adstructie worden de bedrijfsresultaten uit 2011 overgelegd.

2. Uitgaande van een werkweek van 36 patiënt gebonden uren per week (arbeidskostencomponent tariefberekening), acht uren aan indirect patiëntgebonden uren en ruim negen uren aan niet-patiënt gebonden uren komt belanghebbende uit op een werkweek van 55 uur). Dit is niet in overeenstemming met de arbeidstijdenwet.

de arbeidskostencomponent kan niet op een wijze gerealiseerd worden die in overeenstemming is met een normale arbeidsdruk. De tariefdaling is dan ook in strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur in het licht van wat in Nederland als een redelijke werkweek wordt gezien voor mensen met een vergelijkbaar inkomen. Er is tevens sprake van strijd met het gelijkheidsbeginsel.

3. De tariefdaling zou alleen van toepassing moeten zijn op niet-verzekerde zorg. Door de tariefdaling ook te laten gelden voor niet verplicht verzekerde mondzorg wordt inkomenspolitiek bedreven.

   Tariefdaling als instrument voor inkomenspolitiek frustreert het recht op vrij ondernemerschap. De NZa maakt misbruik van haar bevoegdheid.

OORDEEL NZa

Achtergrond
De mondzorgsector kende tot 2012 gereguleerde tarieven. In de meeste gevallen ging het om maximumtarieven. In het jaar 2012 is het experiment 'vrije prijzen' van start gegaan. Omwille van de begrijpelijkheid en transparantie werd de lijst met prestaties (de 'declaratietitels') daarbij sterk ingekort en patiëntvriendelijker verwoord.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft door middel van een aanwijzing (kenmerk MC-U-3122858) aan de NZa de opdracht gegeven de tarieven in de mondzorg opnieuw te reguleren en daarmee dus het experiment 'vrije prijsvorming' te beëindigen. Sinds 1 januari 2013 zijn er dan ook weer gereguleerde tarieven van kracht.

Gegeven het opnieuw invoeren van een prestatiestructuur met een gedeeltelijk verouderde tariefonderbouwing, zag de NZa aanleiding om hiernaar onderzoek te doen. Het kostenonderzoek mondzorg had als doel het in beeld brengen van de opbrengsten, (praktijk)kosten en productie van aanbieders van mondzorg. Daarnaast werd een onderzoek naar de tijdsbesteding van aanbieders in de mondzorg uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek zijn gebruikt om de tarieven (nader) te onderbouwen en te herijken.

De NZa heeft hiervoor een klankbordgroep ingesteld waarvoor vertegenwoordigers van de brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars en de consumentenorganisaties zijn uitgenodigd. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT; tot aan september 2013), Centraal overleg bijzondere tandheelkunde (Cobijt), Consumentenbond (CB), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Instelling voor Jeugdtandverzorging (NVIJ), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM), Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De aanpak van het onderzoek, vragenlijst, voortgang en wijze van rapporteren zijn met deze klankbordgroep besproken, alsook voorstellen voor de tariefherijking die de NZa heeft gedaan op basis van deze rapporten. De uitkomst van de tariefherijking is dan ook in goed overleg met de brancheorganisaties tot stand gekomen.

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

In gevolge artikel 59, aanhef en onderdeel b, Wmg heeft de Minister van VWS met de brief van 12 juli 2012 (kenmerk MC-U-3122858) ten behoeve van voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven. De aanwijzing heeft als doel de NZa tarieven vast te laten stellen als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder c, Wmg.

Ingevolge artikel 52, aanhef en onderdeel e, Wmg, worden tarieven en de prestatiebeschrijvingen die uit de beleidsregel voortvloeien, ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Op 5 november 2014 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de gewijzigde beleidsregel voor de tandheelkundige zorg vastgesteld. De NZa heeft besloten per 1 juli 2015 de tarieven voor de tandheelkundige zorg te herijken op basis van de resultaten van het kostenonderzoek mondzorg en de aanpassing van de arbeidskostencomponent. De tariefherijking is vastgelegd in de beleidsregels tandheelkundige zorg met kenmerk BR/CU-7117.

De NZa heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg en meer in het bijzonder artikel 35, artikel 50 lid 1, onderdelen c en d jo. artikel 51 tot en met 53 Wmg, alsmede de beleidsregel tandheelkundige zorg (BR/CU-7117) en de regeling Mondzorg (NR/CU-715) de tariefbeschikkingen tandheelkundige zorg met kenmerk TB/CU-7103-03, d.d. 5 november 2014, afgegeven. Deze tariefbeschikking wordt thans bestreden.

Verantwoordingsdocument "Toelichting op de berekening van de tarieven in de mondzorg"
In het Verantwoordingsdocument "Toelichting op de berekening van de tarieven in de mondzorg" van november 2014 licht de NZa toe op welke wijze de tarieven voor de tandheelkundige zorg zijn herijkt.

Kostprijsprincipes
Het kostenonderzoek mondzorg is geïnitieerd om inzichtelijk te maken in hoeverre de huidige mondzorgtarieven nog representatief zijn in verhouding met de anno 2011/2012 gemaakte praktijkkosten en productie. Vooraf is daarbij het uitgangspunt geformuleerd dat het kostprijsonderzoek plaatsvindt op basis van de klassieke methode. Dit betekent dat de kostprijs wordt berekend op basis van de gemiddeld gemeten werkelijke kosten, met als uitzondering het (gederfd) rendement op eigen vermogen. Het herijken van de tarieven op basis van de gemiddeld waargenomen kosten sluit aan op de beleidsregel BR/CU-5063 'Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg' en op de keuzes die tot op heden zijn gemaakt in eerder uitgevoerde kostenonderzoeken in de eerstelijnszorg, zoals bijvoorbeeld bij huisartsenzorg, logopedie en verloskunde.

Norminkomen
Los van het herijken van het praktijkkostenbestanddeel en de productiecomponent in de tariefformule, is de arbeidskostencomponent (ofwel: het norminkomen) herijkt. Als gevolg hiervan is de arbeidskostencomponent met 12,95% gestegen. In paragraaf 3.3 van het eerder genoemde Verantwoordingsdocument wordt dit uitvoerig beschreven.

Gevolgen
De tarieven voor de tandheelkundige zorg dalen per 1 juli 2015 met 5,15% door de nieuwe onderbouwing op basis van het kostenonderzoek én de aangepaste arbeidskostencomponent. De tarieven van het J-hoofdstuk (implantologie) dalen met 19,14%.

Naar aanleiding van de bezwaren

Ad 1

Met betrekking tot de grond van bezwaar dat ten onrechte alle praktijken worden betrokken in de tariefberekening, dat dit geen recht doet aan de financiële resultaten van veelal kleinere praktijken en dat kleinere praktijken onevenredig zwaar getroffen worden, merkt de NZa het volgende op.

Bij de tariefstelling is uitgegaan van een doelmatige tariefstelling in het belang van de consument, zoals neergelegd in artikel 3, vierde lid, Wmg. Vanuit het perspectief van het consumentenbelang, is het niet gerechtvaardigd om consumenten hogere kosten te laten betalen dan redelijkerwijs nodig is. Naast de toegankelijkheid en kwaliteit van de tandheelkundige zorg dient de zorg voor de consument betaalbaar te blijven, juist ook om deze voor iedereen toegankelijk te houden.

Met kostenbeheersing en consumentenbescherming als doel vinden er in tariefgereguleerde markten geregeld kostprijsonderzoeken plaats om te onderzoeken of de door de NZa vastgestelde tarieven nog aansluiten bij de actuele praktijk. De NZa heeft sinds haar oprichting verschillende kostenonderzoeken uitgevoerd, zoals voor de orthodontische zorg, tandheelkundige zorg, huisartsenzorg en verloskundige zorg.

Het doel van het onlangs uitgevoerde onderzoek in de mondzorgsector was het in kaart brengen van de opbrengsten, de productie, de praktijkkosten, structuurkenmerken en de tijdsbesteding van verschillende aanbieders van mondzorg. De resultaten van het onderzoek zijn gebruikt om de tarieven (nader) te onderbouwen en/of te herijken. Dit is nodig geacht, omdat de prestatiestructuur tot op heden een grotendeels sterk verouderde tariefonderbouwing kent.

De resultaten van het onderzoek zijn op geaggregeerd niveau weergegeven in een openbare rapportage.

De NZa is van oordeel dat de Wmg niet voorschrijft hoe de NZa tot tarieven moet komen. Bij het vaststellen van de praktijkkosten als onderdeel van de tariefformule heeft de NZa beleidskeuzes gemaakt.

De NZa heeft in het onderhavige geval gekozen om uit te gaan van werkelijke door tandartsen aangeleverde kostprijsgegevens en heeft daar een gemiddelde van berekend. Dit is nadrukkelijk niet strijdig met de Wmg[1].

Dat bij het hanteren van een gemiddelde alle praktijken betrokken worden, ongeacht groot of klein, is juist. Al deze praktijken dragen immers bij aan dit gemiddelde. Individuele situaties zullen van het gemiddelde afwijken. Zo zullen er praktijkhouders zijn die boven het gemiddelde zitten en zijn er praktijkhouders die onder het gemiddelde zitten en dus minder overhouden. Daarbij zijn door praktijkhouders zelf gemaakte keuzes (bijvoorbeeld ten aanzien van de inzet van tijd, taakdelegatie, afschrijvingen etc.) mede van invloed. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft onlangs opnieuw bevestigd dat de NZa bij een tariefberekening mag uitgaan van gemiddelde landelijke cijfers over de werkelijke kosten[2].

De tarieven moeten de gemiddelde praktijkeigenaar in staat stellen om zijn of haar kosten terug te verdienen en een redelijke vergoeding voor zijn of haar eigen (arbeids)inzet over te houden. Voor dit laatste is de arbeidskostencomponent bedoeld.

Belanghebbende voert aan dat kleine praktijken onevenredig getroffen worden. Ter adstructie legt belanghebbende haar bedrijfsresultaten uit 2011 over. Belanghebbende stelt dat zij de door de NZa bepaalde arbeidskostencomponent niet haalt en dat de nadelige gevolgen van het bestreden besluit haar onevenredig zwaar treffen.

In dit verband is van belang te onderzoeken of er sprake is van bijzondere omstandigheden die een afwijking van de beleidsregel rechtvaardigen. Ingevolge artikel 4:84 Awb handelt een bestuursorgaan immers overeenkomstig de beleidsregel, tenzij dat voor een of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen. In verband hiermee heeft de NZa onderzocht of er in casu sprake is van bijzondere omstandigheden.

Bij de vraag of in casu wegens bijzondere omstandigheden afwijking van de beleidsregel Tandheelkundige zorg geboden is, is van belang of het gaat om omstandigheden die geacht kunnen worden in de beleidsregel te zijn verdisconteerd, respectievelijk omstandigheden waarvan bewust in de beleidsregel is geabstraheerd. Is het één of het ander het geval, dan doen zich geen bijzondere omstandigheden voor die afwijking van de beleidsregel kunnen rechtvaardigen.

Desgevraagd heeft belanghebbende op de hoorzitting aangegeven dat zij een praktijk in eigendom heeft. De praktijkruimte is in 2002 gekocht en er zijn drie behandelkamers. Naast belanghebbende werkt er thans één assistente in de praktijk. Belanghebbende is de enige werkzame tandarts. Er is, gelet op de drie kamers, een ruime mogelijkheid om tandartsen aan te nemen maar belanghebbende is bevreesd de daaraan verbonden risico's op zich te nemen.

---

[1] Zie ook uitspraak van het CBb d.d. 5 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43, r.o. 7.3
[2] College van Beroep voor het bedrijfsleven, d.d. 5 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43

De NZa merkt hierover op dat in 2011 de gemiddelde praktijk 2,6 behandelstoelen heeft[3]. Met drie behandelkamers behoort de praktijk van belanghebbende qua grootte dus tot een meer dan gemiddelde praktijk. Qua inzet van personeel behoort belanghebbende tot een kleine praktijk.

Aangezien belanghebbende in haar bezwaarschrift stelt dat zij een lagere kostenstructuur heeft dan een gemiddelde praktijk, heeft de NZa op de hoorzitting gevraagd naar de overgelegde bedrijfsresultaten. Gevraagd is naar de verhouding tussen haar omzet en de afschrijvingskosten, die in verhouding met het door Deloitte onderzochte gemiddelde ad € [vertrouwelijk] hoog zijn[4]. Ook is gesproken over haar financiële baten en lasten en over haar huisvestingskosten. Op de hoorzitting heeft belanghebbende opgemerkt dat zij vindt dat haar bedrijfskosten normaal zijn in vergelijking met andere tandartsen en afwijkingen verklaard kunnen worden. Het komt de NZa voor dat het feit dat de praktijk over meerdere kamers beschikt maar deze slechts beperkt inzet ten behoeve van de tandheelkundige zorg, mede verklarend zijn voor de afwijkende marges.

De NZa realiseert zich dat er in de tandheelkundige zorg een zekere verscheidenheid aan praktijkvormen en geleverde zorg per praktijk is, als gevolg van de door tandartsen gemaakte keuzes en plaatselijke omstandigheden. Bij het reguleren van landelijk geldende tarieven is het niet mogelijk om met deze verschillen rekening te houden in de zin dat daardoor voor elke tandartspraktijk afwijkende tarieven moeten gelden.

Dat er – zoals belanghebbende stelt – tandartsen zijn die (anders dan het gemiddelde) de norm niet halen, is daarmee een omstandigheid die reeds in de beleidsregel is verdisconteerd. Ook het argument dat het voor belanghebbende economisch niet haalbaar is om de huidige vorm van praktijkvoering te handhaven vormt geen bijzondere omstandigheid die een afwijking van de beleidsregel rechtvaardigt. Belanghebbende zou haar praktijk anders kunnen inrichten, waardoor zij meer omzet kan genereren en waardoor zij een hoger inkomen zou kunnen overhouden.

Belanghebbende heeft aangegeven dat zij in 2011 een feitelijk inkomen had van € [vertrouwelijk], dit terwijl de arbeidskostencomponent in dat jaar € vertrouwelijk] was. Op de hoorzitting is gevraagd naar de berekening die belanghebbende heeft gemaakt die volgens haar resulteert in een daling van dit inkomen met 29% in 2015 (ten opzichte van 2011).

Belanghebbende heeft uitgelegd dat allereerst het tarief van 2015 0,23% hoger ligt dan in 2011. De tariefdaling in 2015 doet de indexaties van de afgelopen jaren volgens belanghebbende bijna teniet. In de berekening van belanghebbende worden vervolgens haar kosten uit 2011 verhoogd door middel van de indexatiecijfers. Doordat de omzet bijna gelijk blijft maar de kosten stijgen, leidt dat volgens belanghebbende tot een daling van het inkomen met 29%.

[3] Rapport 1A Tandartspraktijken, pag. 9
[4] Rapport 1A Tandartspraktijken, pag. 67

De NZa merkt allereerst op dat de berekening van belanghebbende uitgaat van haar eigen kosten, waarvan reeds is geconstateerd dat die afwijkend zijn van de gemiddelde praktijk.

Verder merkt de NZa op dat de door belanghebbende gemaakte berekening mank gaat. De tarieven in de tweede helft van 2015 zijn 1,9% hoger dan die in 2011[5]. Als vervolgens de door belanghebbende overlegde personeelskosten enerzijds en de overige kosten anderzijds verhoogd worden met de indexatiepercentages zoals de NZa die heeft gehanteerd in de tariefberekening, leidt dat tot een kostentoename van € [vertrouwelijk] naar € [vertrouwelijk][6]. Gecombineerd met de omzetstijging, leidt dit in het onderhavige geval tot een daling van het inkomen naar
€ [vertrouwelijk], een daling van 12,5%. Hierbij is nog achterwege gelaten dat de korting per 1 *juli* 2015 ingaat en de omzet over de eerste helft van het jaar dus beduidend hoger is.

Aangezien belanghebbende heeft benadrukt dat het besluit haar praktijk onevenredig zwaar treft, heeft de NZa in dit verband ook gevraagd of en in welke mate de bovenstaande toename in de kosten, die belanghebbende in de berekening heeft gebruikt, zich daadwerkelijk heeft voorgedaan in de praktijk van belanghebbende. Hetzelfde geldt voor de omzetontwikkeling. Deze gegevens zijn niet voorhanden. Bij gebrek aan deze gegevens, heeft de berekening dan ook een fictief karakter en is de werkelijke situatie op dit moment moeilijk te bepalen.

Op de hoorzitting heeft belanghebbende voorts een vergelijking gemaakt tussen de gegevens die ten grondslag liggen aan de beleidsregelwaarden in 2011 en de gegevens die Deloitte over het jaar 2011 gemeten heeft in het kostenonderzoek. In de kostenonderbouwing werd in 2011 uitgegaan van een bedrag van € 229.000 (praktijkkosten en arbeidskostencomponent) terwijl de later door Deloitte gemeten omzet (exclusief doorberekende techniekkosten) € 464.000 is. Belanghebbende stelt dat zij haar praktijk heeft geënt op de kostenonderbouwing, zoals gehanteerd tot en met nu. De cijfers van Deloitte laten thans een ander beeld van de kosten en omzet van tandartspraktijken in 2011 zien.

De NZa merkt hierover op dat de huidige tariefonderbouwing dateert uit de jaren '90 en dus sterk gedateerd is. De ontwikkelingen hebben niet stilgestaan en de praktijken anno nu zijn niet meer vergelijkbaar met de praktijken van 25 jaar geleden. Dit is ook nadrukkelijk de reden geweest om een kostenonderzoek uit te voeren. De resultaten van het onderzoek, uitgevoerd door Deloitte, lieten zien dat de tariefstelling niet meer aansloot bij de werkelijke praktijk. Een tariefverlaging ligt in de rede, om te voorkomen dat de consument teveel betaalt voor tandheelkundige zorg. Aldus wordt de betaalbaarheid van tandheelkundige zorg verbeterd. De tariefonderbouwing van de NZa was bovendien ook niet bedoeld als norm voor het veld noch als zodanig gecommuniceerd.

---

[5] Zie bijvoorbeeld de periodieke controle, prestatie C11: in 2011 kostte deze € [vertrouwelijk] en na de tariefherijking zal het tarief € [vertrouwelijk] zijn.
[6] De personeelskosten van € [vertrouwelijk] uit 2011 zijn na indexatie in 2015 gelijk aan € [vertrouwelijk]. De overige kosten stijgen daardoor van € [vertrouwelijk] naar € [vertrouwelijk]

Dat geldt evenzeer voor de herijkte onderbouwing: individuele praktijken kunnen hiervan afwijken en in het veld als geheel zullen zich door de tijd heen ook ontwikkelingen voordoen. Ook deze vergelijking treft naar het oordeel van de NZa geen doel.

Gelet op bovenstaande is de NZa van oordeel dat het gestelde onder punt 1 van het bezwaarschrift niet leidt tot aanpassing van de bestreden tariefbeschikking die per 1 juli 2015 in werking gaat.

Ad 2

Ten aanzien van het gestelde aangaande de berekening van het aantal werkzame uren per week, merkt de NZa het volgende op.

Belanghebbende telt bij een werkweek van 36 uur, 8 uren aan indirect patiëntgebonden uren en ruim 9 uren aan niet patiënt gebonden uren bij elkaar op. Dit is volgens belanghebbende niet in overeenstemming met de Arbeidstijdenwet. Ook betekent dit volgens belanghebbende dat de arbeidskostencomponent niet op een wijze gerealiseerd kan worden die in overeenstemming is met een normale arbeidsdruk. Het besluit van de NZa geeft volgens belanghebbende een virtueel inkomen, dat niet in verhouding staat met een normale werkweek.

De tariefdaling is volgens belanghebbende dan ook in strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur in het licht van wat in Nederland als een redelijke werkweek wordt gezien voor mensen met een vergelijkbaar inkomen. Als er vergelijkingen worden gemaakt, dient dat consequenties te hebben. Er is volgens belanghebbende ook sprake van strijd met het gelijkheidsbeginsel.

De NZa merkt op dat in de Arbeidstijdenwet geregeld is dat een werkgever de arbeid zodanig organiseert dat een werknemer ten hoogste gemiddeld 48 uren per week arbeid verricht in elke periode van 16 aaneengesloten weken. Tevens is geregeld dat gedurende vier aaneengesloten weken de gemiddelde uren per week 55 uren mogen zijn.

Hoofdstuk 5 van de Arbeidstijdenwet, waarin deze urennorm is geregeld, geldt echter, zoals belanghebbende ook reeds opmerkt, op grond van artikel 2.1:2 lid 3 sub e van het Arbeidstijdenbesluit niet voor tandheelkundige specialisten. De grond van bezwaar over de Arbeidstijdenwet treft dan ook geen doel.

Verder merkt de NZa hierover op dat de NZa heeft laten onderzoeken wat de gemiddelde tijdsbesteding van tandartsen is. Geconcludeerd is dat tandartsen gemiddeld 46,99 uur per week werken[7]. Dit betreft 30,75 uur aan direct patiënt gebonden uren, 6,9 uur aan indirect patiënt gebonden uren en 9,34 uur aan niet patiënt gebonden uren. De *werkelijke* tijdsbesteding van tandarts-eigenaren is dus niet 55 uur maar bijna 47 uur per week.

[7] Rapport 1A, pagina 30

De NZa heeft op de hoorzitting uitgelegd dat de NZa de tarieven bepaalt op grond van een arbeidskostencomponent (voorheen: norminkomen) voor eigenaren-behandelaren, gekoppeld aan gegevens over de praktijkkosten en de productie omvang van praktijken. Voor iedere prestatie is een aantal punten vastgesteld. Deze punten worden vermenigvuldigd met de puntwaarde om het tarief per prestatie vast te leggen. De puntwaarde wordt vastgesteld op basis van het per eigenaar fte van toepassing zijnde inkomen en de integrale mondzorgkosten. Bij de berekening gaat de NZa uit van een full time werkweek van 36 uur. De werktijdfactor wordt door de NZa berekend door eerst de direct patiëntgebonden uren, de indirect patiënt gebonden uren en de niet patiënt gebonden uren per individuele behandelaar bij elkaar op te tellen. Dit cijfer wordt gedeeld door 36. Is de som bijvoorbeeld gelijk aan 18, dan is de werktijdfactor 0,5. Is deze som 36 of meer dan 36, dan is de werktijdfactor 1. De werktijdfactor kan nooit meer dan 1 bedragen. Deze fte-formule is een technische aangelegenheid om ervoor te zorgen dat de gegevens over de omzet en kosten (in de tariefformule) naar het niveau van een fte teruggerekend kunnen worden. Zoals hiervoor genoemd, is immers ook de arbeidskostencomponent op het niveau van een fte.

Los van het feit dat de door belanghebbende genoemde 55 uur onjuist is berekend, stelt de NZa met deze berekening geen norm voor een te werken aantal uren vast noch een voorgeschreven verdeling over patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren.

Daarnaast merkt de NZa omtrent het bezwaar aangaande het inkomen en de vergelijking met de ambtenaar het volgende op. Het inkomensdeel waarvan de NZa bij de tariefvaststelling is uitgegaan is in het verleden gebaseerd op een ambtelijke (salaris)schaal 14. Al vanaf 1995 is de rechtstreekse relatie met onder meer de BBRA-schalen losgelaten als gevolg van de globale jaarlijkse trendmatige aanpassingssystematiek van het inkomensbestanddeel in de tarieven.

Na de herijking bedraagt het norminkomen voor tandartsen € 127.690,-. Deze herijking brengt een stijging van bijna 13% met zich mee. Functies met een dergelijk salaris kennen geen vergoeding voor 'overwerk', omdat aan dergelijke functies inherent is dat ook buiten kantoortijden wordt gewerkt. Naarmate het functieniveau hoger is, worden relatief meer uren boven de vastgestelde werkweek beschouwd als behorende bij de functie-uitoefening. Van strijd met het gelijkheidsbeginsel is dan ook geen sprake.

De NZa is tevens van oordeel dat een correctie voor eventuele bovennormatieve uren niet voor de hand ligt omdat het inkomen van tandartsen past bij een functie waaraan inherent is dat meer dan 36 uren per week wordt gewerkt. Dat uitgangspunt wordt ook gehanteerd bij de tarifering van andere vrije beroepen in de gezondheidszorg. Niet valt in te zien waarom dit uitgangspunt niet zou gelden voor tandartsen.

De NZa is gelet op bovenstaande van oordeel dat de omvang van 46,99 uren per week, gelet op de zwaarte van de functie van een tandarts niet als excessief kan worden bestempeld bij een fulltime invulling van de functie[8] en dat de NZa in redelijkheid gebruik heeft kunnen maken van de daarmee verband houdende kosten en omzet. Van strijd met enig beginsel van behoorlijk bestuur is, naar het oordeel van de NZa, geen sprake.

Ad 3

Met betrekking tot de grond van bezwaar over het bedrijven van inkomenspolitiek en het vrije ondernemerschap merkt de NZa het volgende op.

Volgens belanghebbende zou de tariefdaling alleen van toepassing moeten zijn op niet-verzekerde zorg. Door de tariefdaling ook te laten gelden voor niet verplicht verzekerde mondzorg wordt er volgens belanghebbende inkomenspolitiek bedreven.

De NZa stelt voorop dat het tot de taak en verantwoordelijkheid van de minister behoort de financiële en beleidsmatige kaders in de mondzorg te bepalen en daarin keuzes te maken. In de beleidsmatige keuze van de daartoe in te zetten middelen en de (deel)sectoren waarop de te nemen maatregelen ingrijpen, is de minister in hoge mate vrij. De minister is bij die keuze onderworpen aan politieke controle en de door de minister vastgestelde (financiële en beleidsmatige) kaders vormen in beginsel voor de NZa een gegeven. Op grond van de eerder genoemde Aanwijzing van de minister is de NZa gehouden om maximumtarieven vast te stellen voor zowel de zorg die onder de basisverzekering valt als voor de aanvullende zorg. De aanwijzing maakt daar geen onderscheid in.

Voorts merkt de NZa in dit verband op dat maximumtarieven een samenhangend en onlosmakelijk onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel zijn om ook de aanvullende mondzorg betaalbaar te houden. Doel van de maximumtarieven is dus mede de mondzorg die niet in het verplicht verzekerde basispakket zit breed toegankelijk te houden. Met andere woorden: de maximumtariefregulering is cruciaal voor de toegankelijkheid van de aanvullende mondzorg. De overheid heeft in het verleden onderdelen van de mondzorg buiten het pakket kunnen plaatsen omdat er sprake was (geworden) van financiële voorzienbaarheid. Om deze zorg buiten het pakket te kunnen houden, is temeer noodzakelijk dat deze zorg door middel van tariefregulering financieel voorzienbaar blijft. Ook vormt het feit dat een deel van de prestaties buiten de Zorgverzekeringswet vallen geen aanleiding voor een andere tariefberekening. De tariefregulering is aldus een onderdeel van een coherent stelsel van maatregelen om de publieke belangen te dienen.

[8] Zie ook uitspraak van het CBb d.d. 5 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43, r.o. 8.3

Tariefherijking kan zeker gevolgen hebben voor het inkomen. Dat wil echter niet zeggen dat van met de Wmg strijdige inkomenspolitiek sprake is. Inherent aan het hanteren van normen is dat een beroepsbeoefenaar van wie de praktijk van de norm afwijkt, een hoger of lager inkomen zal overhouden. De normen zijn derhalve geen garantie voor iedere tandarts voor een bepaald inkomen[9]. Feitelijke inkomens blijven altijd afhankelijk van de individuele keuzes, kosten en inspanningen. Dat de NZa het ondernemerschap frustreert en door de tariefherijking misbruik maakt van haar bevoegdheid deelt de NZa niet.

CONCLUSIE

Het ontbreken van bijzondere omstandigheden staat, naar het oordeel van de NZa, de toepassing van de inherente afwijkingsbevoegdheid in de weg.

Gezien het voorgaande heeft de NZa besloten het bezwaarschrift ongegrond te verklaren.

Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.C. Mikkers RA,
directeur Strategie en Juridische Zaken

[9] Zie ook R.O. 5.6 van de uitspraak van het CBb van 31 augustus 2010, LJN: BN5771, AWB 09/811