Taakopdracht IBO Sturing via tarifering in de Wlz en Zvw

Aanleiding

De zorguitgaven nemen een aanzienlijk deel van de Rijksbegroting in beslag. De Zvw-uitgaven groeien hierbij minder hard dan de Wlz-uitgaven. In 2026 gaat het om 39,2 miljard euro premiegefinancierde uitgaven aan de Wlz en 28,3 miljard euro premiegefinancierde uitgaven aan de Zvw.[1] Elke euro kan maar één keer worden uitgegeven. Daarom is grip op de zorguitgaven wenselijk. Om die reden zijn de afgelopen jaren door verschillende kabinetten maatregelen genomen. Om een toekomstig kabinet handelingsperspectieven te bieden om de zorguitgaven verder te beheersen, wordt dit IBO uitgevoerd.

De prestatie- en tariefregulering door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een van de factoren die van invloed is op de zorguitgaven. De NZa stelt prestaties en tarieven vast voor een deel van de zorg die valt onder de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit betreft tarieven voor zowel de Wlz als Zvw, maar daarbij zijn wel duidelijke verschillen tussen de langdurige en curatieve zorg, wat betreft bekostiging en sturing, die ook van invloed zijn op de rol van prestatie- en tariefregulering in de kostenontwikkeling. De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd op basis van loon- en prijsontwikkeling. Daarnaast wordt de hoogte van de tarieven periodiek opnieuw berekend ('herijkt') op basis van kosten- en kostprijsonderzoeken door de NZa. In deze kosten- en kostprijsonderzoeken brengt de NZa de feitelijke of genormeerde kosten van zorgaanbieders in kaart. De door de NZa vast te stellen tarieven moeten op grond van standaard jurisprudentie ten minste redelijkerwijs kostendekkend zijn, zodat er zorg van voldoende kwaliteit kan worden geleverd. De NZa stelt in opdracht van de minister van VWS veelal zogenaamde maximumtarieven vast. Zorgkantoren en zorgverzekeraars[2] moeten bij de zorginkoop ten minste reële prijzen aanbieden en vergoeden, waarbij deze maximumtarieven in acht genomen moeten worden.

In de praktijk blijkt dat in sommige gevallen de beschikbare financiële informatie beperkt is, niet alleen bij zorgkantoren en zorgverzekeraars, maar breder in het stelsel. Daardoor is het moeilijk om prijsontwikkelingen goed te duiden, vast te stellen waar deze precies plaatsvinden en te beoordelen in hoeverre zij gewenst of ongewenst zijn. Dit gebrek aan transparantie bemoeilijkt een goede sturing op de tarieven. De beperkte databeschikbaarheid waar in sommige gevallen sprake van is, maakt het bovendien moeilijk om – naast de wettelijke beperkingen om vanuit het ministerie van VWS te sturen op een zelfstandige wettelijke taak neergelegd bij de NZa als zelfstandig bestuursorgaan (zbo) – sturingsopties goed te onderbouwen en gericht in te zetten. Er is daarmee geen eenvoudige beleidsmatige knop waarmee keuzes voor aanpassing van het tarief mogelijk zijn.

In zorgsectoren met beperkte doelmatigheidsprikkels in de zorginkoop en een mate van autonomie bij de invulling van wat goede zorg is, kan de inrichting van het systeem van tariefregulering belangrijke invloed hebben op de doelmatigheid van de zorg en de accommodatie van ontwikkelingen in de kwaliteit en bedrijfsvoering. Bij de totstandkoming van de Wmg was daarom de gedachte dat de wijze van tariefregulering verder doorontwikkeld zou kunnen worden, zodat hier sterkere doelmatigheidsprikkels vanuit zouden gaan. In de loop van de jaren is de beleidsmatige ruimte bij het vaststellen van tarieven echter juist juridisch ingeperkt, onder meer door jurisprudentie. Dit betekent onder meer dat – gegeven de wettelijke verplichting van ten minste redelijkerwijs kostendekkende tarieven – er voor de overheid weinig ruimte is om de uitkomsten van een kosten- of kostprijsonderzoek niet over te nemen of bij de inkoop tot andere afspraken te komen. Dit kan ertoe leiden dat beleidsmatig stuurbare aspecten van bedrijfsvoering en kwaliteit, die cumulatief tot significante kostenstijgingen kunnen leiden, geaccommodeerd worden zonder expliciete en/of integrale weging.

Door deze systematiek werken kostprijsverhogende factoren automatisch in de tarieven door. Dit gaat om (bewuste) beleidsaanpassingen, zoals door de overheid gestelde eisen (kwaliteitskader,

[1] In het geval van de Zvw betreft dit bedrag het deel van vaste of maximumtarieven en exclusief de beschikbaarheidbijdrage. Zie ook paragraaf 'Grondslag'.
[2] Dit geldt wanneer de zorgaanbieder afhankelijk is van de zorgverzekeraar.

huisvesting), maar ook om ontwikkelingen binnen de sector zelf (zoals opvattingen over kwaliteit). Daarnaast verdisconteert deze systematiek mogelijke doelmatigheidswinst door bijvoorbeeld technologische vernieuwing, alleen in de tarieven wanneer deze mogelijkheden in de sector breed worden benut. Dit roept de vraag op of deze systematiek geschikt is om breder bestaande ondoelmatige of achterhaalde zorgpraktijken bij te sturen. In al deze gevallen ligt hier geen expliciete politieke afweging aan ten grondslag. Hierdoor kan de politiek ook geen integrale afweging maken tussen een extra euro aan de zorg of aan beleidsdoelen van andere collectieve sectoren.

Doel en afbakening van het IBO
Gelet op het bovenstaande is er een wens om meer inzicht te krijgen in de beleidsopties voor het Rijk om meer te kunnen sturen op tarifering in de zorg. Hiermee wordt beoogd de maatschappelijke, personele en financiële houdbaarheid van de zorg en de integrale afweging tussen collectieve sectoren te verbeteren.

Bij de uitvoering van het IBO geldt de volgende afbakening:

- Dit IBO brengt zowel beleidsopties binnen de grenzen van de huidige wet- en regelgeving, als opties die wijziging hiervan vereisen in kaart, voor zover deze de sturingsmogelijkheden op tarifering in de zorg kunnen vergroten.
- In dit IBO wordt niet gekeken naar de omvang van het verzekerde pakket, maar wordt wel gekeken naar voor het bestaande pakket mogelijk kostprijsverhogende effecten. Tevens wordt in dit IBO enkel gekeken naar de gereguleerde tarieven voor Zvw- en Wlz-zorg. Vrije tarieven, dat wil zeggen zorgprestaties waarvoor de NZa geen tarief vaststelt, vallen buiten scope en worden in dit IBO enkel ter vergelijking betrokken.[3]
- De NZa is een zbo. Het uitvoeren van een kosten- en kostprijsonderzoek voor de berekening van de tarieven voor zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw en Wlz betreft het beleidsterrein van de NZa. Dit IBO betreft geen beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het functioneren van de NZa en is dus geen NZa-evaluatie ingevolge de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. Dit onderzoek impliceert wel een evaluatie van de huidige rol van de NZa in het vaststellen van tarieven en prestaties in de zorg alsmede van de bestaande wet- en regelgeving hieromtrent.

Onderzoeksvragen
De hoofdvraag van het IBO is: "Welke beleidsopties zijn er voor het Rijk om meer te sturen op tarifering in de zorg zodat de financiële en personele houdbaarheid van de zorg en de integrale afweging tussen verschillende collectieve sectoren kan worden verbeterd?"
Deze hoofdvraag wordt aan de hand van de volgende deelvragen beantwoord:

1. Hoe is de huidige tarifering in de zorg vormgegeven en welke factoren liggen ten grondslag aan de tariefontwikkeling?
2. Welke knelpunten doen zich voor bij het bepalen van kostendekkende tarieven, het borgen van doelmatigheid en de doorwerking van drijvers op tarieven en marktdynamiek?
3. Welk handelingsperspectief hebben zorgkantoren en verzekeraars om binnen de bestaande wet- en regelgeving te sturen op doelmatigheid, en welk handelingsperspectief heeft het Rijk om, binnen en buiten de huidige wet- en regelgeving, de sturing op tarifering te vergroten?
4. Hoe verhouden deze beleidsopties zich tot de publieke waarden, de houdbaarheid van de zorg en passende zorg en ondersteuning?

Waar relevant voor de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt onderscheid gemaakt tussen de Wlz en Zvw, gegeven de verschillen tussen beide wetten in bekostigingssystematiek, uitvoerders en mate van marktwerking.

Grondslag

[3] Ook de jaarlijkse indexatie op basis van loon- en prijsontwikkeling (een afzonderlijke, reeds vastgelegde systematiek) en bredere vraagstukken rond over- of onderschrijding van de uitgavenkaders in de Wlz en Zvw vallen buiten scope, voor zover deze niet direct voortvloeien uit de tariefontwikkeling zelf.

De grondslag van dit IBO betreft de volgende onderdelen van de begroting van het ministerie van VWS:

- Alle premiegefinancierde uitgaven aan de Wlz (39,2 miljard euro);
- Alle premiegefinancierde uitgaven aan de Zvw, voor zover dit vaste of maximumtarieven betreft (vrije tarieven zijn geen onderdeel van dit IBO) (28,3 miljard euro, exclusief de beschikbaarheidbijdrage).

Het IBO richt zich op het ontwikkelen van significante beleidsopties in de tarifering die bijdragen aan de beheersbaarheid van de zorguitgaven in de Wlz en Zvw, waaronder in ieder geval beleidsopties die rechtstreeks leiden tot lagere zorguitgaven (besparing via de grondslag) en beleidsopties die leiden tot een lagere groei van de zorguitgaven (besparing via de groei).

Organisatie

De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de ministeries van VWS, FIN, SZW en AZ, de NZa en het CPB. Het Zorginstituut wordt op een passende manier betrokken, vanuit hun kennis en ervaring. Daarnaast worden andere betrokkenen en experts met kennis van tarifering in de zorg op een passende manier betrokken. De werkgroep staat onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. De voorzitter wordt ondersteund door secretarissen van VWS en FIN. Het eindrapport omvat maximaal 50 pagina’s, exclusief een samenvatting van maximaal vijf pagina’s.

Appendix: Uitwerking deelvragen IBO Sturing via tarifering in de Wlz en Zvw

Deelvraag 1: Hoe is de huidige tariefregulering in de zorg vormgegeven en welke factoren liggen ten grondslag aan de tariefontwikkeling?

1. Wat zijn de doelstellingen en beleidstheorie van de huidige inrichting van de tariefregulering?
2. Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen VWS, de NZa en (waar relevant) het Zorginstituut als het gaat om tarifering in de zorg?
3. Hoe voert de NZa de kosten- en kostprijsonderzoeken uit?
    a. Welke kosten- en kostprijsonderzoeken zijn sinds 2015 uitgevoerd, en tot welke financiële gevolgen (door tariefaanpassingen) hebben deze geleid?
    b. Hoe is de uitgavenontwikkeling in de Wlz en Zvw sinds 2015, en welk deel hiervan – los van de loon- en prijsontwikkeling – is toe te schrijven aan tariefontwikkeling? Hoe verhoudt de tariefontwikkeling zich tot andere factoren van uitgavenontwikkeling (zoals volumegroei en demografische veranderingen)? Hoe verhouden de uitgaven in de Zvw, waaronder de medisch-specialistische zorg, van het a-segment (gereguleerde maximumtarieven) zich tot die van het b-segment (vrije tarieven)? Hoe verhouden de gereguleerde maximumtarieven en vrije tarieven binnen de huisartsenzorg zich tot elkaar?
4. Welke drijvers liggen ten grondslag aan de tariefontwikkeling, en in hoeverre zijn deze inzichtelijk te maken op micro- en macroniveau, op basis van kostenonderzoeken en andere bronnen? Welke rol spelen de volgende aspecten:
    a. Kwaliteitskaders, veldnormen of andere normering van zorgaanbieders (bijv. een normaantal patiënten per behandelaar)
    b. Veranderende regelgeving of situaties op aanpalende domeinen, zoals huisvestingseisen (klimaat, bouwbesluit etc.) en arbeidsgerelateerde zaken (ziekteverzuim, overhead, personeelsinzet, inzet van (arbeidsondersteunende) technologie etc.)
    c. Sociaal culturele ontwikkelingen
    d. Extra kosten van zorgaanbieders
    e. Investeringen in technologie en IT-zaken
5. In hoeverre zijn deze drijvers het gevolg van expliciete beleidskeuzes, impliciete beleidskeuzes of onbedoeld?
6. Wordt een redelijke (winst)marge meegenomen in het kostprijsonderzoek? Als dit wordt meegenomen in de tarieven, hoe vertaalt dit zich in de toekomstige kosten?
7. Hoe verhoudt de wijze waarop (beleids)ontwikkelingen in tarieven belanden zich tot andere collectieve sectoren, bijvoorbeeld preventie of het onderwijs?
    a. Waar zitten overeenkomsten en verschillen? Hoe zijn deze te verklaren?
    b. Welke gevolgen heeft dit voor de integrale besluitvorming?
8. Hoe worden in andere landen de tarieven in de zorg vastgesteld?
    a. Waar zitten overeenkomsten en verschillen?
9. Hoe is doelmatigheid geborgd in het huidige stelsel/tarifering?
10. De zorgkantoren stellen voor de Wlz via het landelijk tariefmodel per sector richttariefpercentages vast als percentage van het maximumtarief.
    Hoe verhoudt deze methodiek zich tot de wijze van tariefstelling door de NZa en hoe verhoudt dit richttariefpercentage zich tot de NZa-tarieven?

Deelvraag 2: Welke knelpunten doen zich voor bij het bepalen van kostendekkende tarieven, het borgen van doelmatigheid en de doorwerking van drijvers op tarieven en marktdynamiek?

11. Welke knelpunten doen zich voor bij de huidige werkwijze voor het bepalen van een ten minste redelijkerwijs kostendekkende kostprijs?
    Denk daarbij bijvoorbeeld aan knelpunten bij het inzichtelijk maken van de daadwerkelijke kostprijs voor zorgaanbieders en de toepassing hiervan bij aanbestedingstrajecten en knelpunten bij het inzichtelijk maken van een ten minste redelijkerwijs kostendekkende kostprijs op basis van een normatieve uitvoering. Denk hierbij ook aan juridische procedures en de beschikbaarheid van financiële data.

12. Welke knelpunten doen zich voor bij de waarborging van de doelmatigheid van de geleverde zorg door zorginkopers, zorgaanbieders en de zorgautoriteit? Welke invloed heeft het gevoerde tariefreguleringsbeleid hierop gehad?
    Denk daarbij ook aan doelmatigheidsprikkels, het meewegen van bedrijfsvoeringsaspecten zoals winstmarge, kapitaalkosten, inkomsten van aanbieders buiten de Zvw/Wlz, ziekteverzuim en bedrijfsmatige aspecten als overhead, personeelsinzet, inzet van (arbeidsondersteunende) technologie e.d. en extra kosten van zorgaanbieders. Hoe verschilt dit van het b-segment (medisch-specialistische zorg) in de Zvw?
13. Welke knelpunten spelen bij de doorwerking van drijvers op de tariefontwikkeling? Hoe werken kwaliteitskaders, veldnormen, ontwikkelingen in de zorgpraktijk, veranderende regelgeving of praktijk op aanpalende terreinen, zoals huisvesting, door op de tarieven? Wanneer is deze doorwerking logisch, en wanneer is deze doorwerking minder logisch? Wat is het effect van deze doorwerking op de houdbaarheid van de zorg en een integrale afweging ten opzichte van beleidsdoelen van andere collectieve sectoren?
14. Welke effecten hebben maximumtarieven op de marktdynamiek? Wanneer is het relevant en wanneer niet (omdat er bijvoorbeeld ver onder het maximum gecontracteerd wordt)? Wat is de link met ongecontracteerde zorg? Werkt het soms ook als een 'prijsanker' dat in feite aanbieders helpt hogere tarieven te bedingen? In hoeverre hangt dit samen met verschillen in onderhandelingspositie tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren onderling en ten opzichte van verschillende sectoren?

Deelvraag 3: Welk handelingsperspectief hebben zorgkantoren en verzekeraars om binnen de bestaande wet- en regelgeving te sturen op doelmatigheid, en welk handelingsperspectief heeft het Rijk om, binnen en buiten de huidige wet- en regelgeving, de sturing op tarifering te vergroten?

15. Hoe kan via tarifering een bijdrage worden geleverd aan passende zorg en ondersteuning en de beweging naar de voorkant?
16. Hoe kan de beschikbaarheid van financiële data worden verbeterd?
17. Welk handelingsperspectief hebben zorgkantoren en zorgverzekeraars om te sturen op meer doelmatigheid via de tarieven en kan dit handelingsperspectief door de Rijksoverheid worden vergroot?
18. Welk handelingsperspectief heeft de Rijksoverheid binnen de huidige wet- en regelgeving om de sturing op tarifering te vergroten? Welke ruimte biedt het criterium van "ten minste redelijkerwijs kostendekkendheid" hierin?
19. Welk handelingsperspectief heeft de Rijksoverheid door wet- en regelgeving te wijzigen om de sturing op tarifering te vergroten?
    a. Kan het Rijk meer normeren of kaders stellen via tarieven (bijv. op het gebied van ziekteverzuim, overhead, e.d. of andere normatieve elementen)?
    b. Kunnen meer tarieven worden gedereguleerd (vrije tarieven)?
    c. Welke alternatieven (scenario's) voor de huidige tarifering zijn denkbaar?
    Daarbij wordt in ieder geval ook de beleidsoptie in beeld gebracht van een door het Rijk vastgesteld minimum- of maximumtarief.

Deelvraag 4: Hoe verhouden deze beleidsopties zich tot de publieke waarden, de houdbaarheid van de zorg en passende zorg en ondersteuning?

20. Hoe verhouden de handelingsperspectieven zich tot:
    a. De publieke waarden van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;
    b. De maatschappelijke, personele en financiële houdbaarheid van de zorg;
    c. Passende zorg en ondersteuning en de beweging naar de voorkant?