



Sociaal-Economische
Raad Curaçao

Aan de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)
Zijne Excellentie
De heer Gilmar Pisas
Fort Amsterdam
Alhier

Willemstad, 25 november 2025

Ref.nr.: 136/2025-SER

Betreft: Aanbieding advies inzake het ontwerpbesluit laboratoriumdiagnostiek (zaaknummer 2024/020614; ref.nr. 064/2025-SER)

Excellentie,

Gaarne bieden wij u hierbij het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) aan betreffende het ontwerpbesluit laboratoriumdiagnostiek, welk advies door uw ministerie op 3 juli 2025 formeel aan de SER ter behandeling is voorgelegd op grond van artikel 2, tweede lid, van de Landsverordening SER (A.B. 2010, no. 87, bijlage p, zoals gewijzigd bij P.B. 2017, no. 70).

Het advies is, na voorbereidende beraadslagingen, vastgesteld in de buitengewone plenaire vergadering van de SER van 21 november 2025. Voor een volledige uiteenzetting van de juridische, economische en sociaaleconomische beoordeling van het voorliggende ontwerp verwijzen wij u kortheidshalve naar de inhoud van het bijgevoegde adviesdocument.

Namens de Sociaal-Economische Raad,

De fungerend Voorzitter,

Dhr. mr. J.H. Jacobs

De Algemeen Secretaris,

Dhr. drs. R.J. Henriquez

cc.: De Minister van Algemene Zaken
De Directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ)
De Beleidsorganisatie van het ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)

Ansinghstraat 15-17
Willemstad, Curaçao
T: (+5999) 461-5406/5328

www.ser.cw



**Advies inzake betreffende het ontwerplandsbesluit
laboratoriumdiagnostiek (zaaknummer 2024/020614)**

UITGEBRACHT AAN DE MINISTER VAN GMN

NOVEMBER 2025

REF.NR. 136/2025-SER

Deskundig Onafhankelijk Verbindend



Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) is een vast college van advies met als taak de regering en de Staten te adviseren over het te voeren sociaaleconomisch beleid, aangelegenheden van sociaaleconomische aard en over wettelijke regelingen van sociaaleconomische aard.

Richtinggevend bij de advisering door de SER is het hanteren van een breed welvaartsbegrip waarbij het niet alleen gaat om materiële vooruitgang, maar ook om aspecten van sociaal welzijn en een goede kwaliteit van de leefomgeving, kortom een duurzame ontwikkeling van de samenleving.

De SER streeft daarbij naar kwaliteit en draagvlak: hoge deskundigheid in combinatie met breed gedragen overeenstemming en steun in de samenleving.

Dat kan door in tripartiete vorm – werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers en onafhankelijke leden – te discussiëren over beleid en beleidsvoornemens van de regering en daarover gevraagd en ongevraagd te adviseren.

Diverse maatschappelijke organisaties krijgen ook een luisterend oor bij de SER; afhankelijk van het onderwerp ter advisering, worden deze organisaties op uitnodiging van de SER gevraagd hun deskundigheid in te brengen.

Actuele informatie over de samenstelling en de werkzaamheden van de SER, adviezen, persberichten en het laatste nieuws zijn te vinden op de website van de SER.

Sociaal-Economische Raad
Ansinghstraat 15-17
Willemstad, Curaçao
T (+5999) 461 5406 / 5328
E info@ser.cw
www.ser.cw

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding

Inhoudsopgave

Samenvatting van conclusies en aanbevelingen	1
1. Inleiding	3
1.1. Adviesverzoek	3
1.2. Inhoud en strekking ontwerp	3
1.3. Bijzonderheid ten aanzien van het adviesverzoek	4
1.4. Leeswijzer	4
2. Standpunt van de SER	5
2.1 Prijsstelling en prijsregulering in de zorgsector	5
2.1.1. Prijsstelling in de zorgsector	5
2.1.2. Prijsregulering in de zorgsector	6
2.1.3. Bekostigingssystemen in de zorgsector	7
2.1.4. Administratieve en economische prijsbepalingsproces in de zorgsector	11
2.2. Prijsstelling en Prijsregulering in de zorgsector in Curaçao	13
2.3 Gehele bekostigingssystematiek laboratoriumdiagnostiek in Curaçao	15
2.3.1 Algemeen	15
2.3.2 Voorgestelde wijzigingen in bekostigingssystematiek laboratoriumdiagnostiek	17
2.4 Beoordeling voorgestelde prijsstellingen prijsregulering voor de laboratoriumdiagnostiek	18
2.4.1. Beoordeling toegepaste tariefbepalingsprocedure	18
2.4.2. Beoordeling voorgestelde tarievenstructuur	19
2.4.3. Beoordeling voorgestelde prijsstelling en prijsregulering op 'fair balance'	22
2.5 Sociaaleconomische implicaties invoering nieuwe tarievenstructuur	25
2.5.1. Effect op uniformiteit van prijsstellingsmethodiek en prijsbepalingsprocedure	25
2.5.2. Effect op solvabiliteit en liquiditeitspositie van de aanbieders van laboratoriumdiagnostiek	25
2.5.3. Effect op kwaliteit en toegankelijkheid van laboratoriumdiagnostiek	26
2.5.4. Effect op de betaalbaarheid van de laboratoriumdiagnostiek	27
2.6 Optimalisatie voorgestelde tarievenstructuur	27
2.6.1 Optimalisatie op korte termijn	27
A. Verbetering uniformiteit en fair balance in prijsstellingsmethodiek en prijsbepalingsprocedure	27
2.6.2 Optimalisatie op middellange termijn	28
A. Invoering waarde gedreven zorg (Value based healthcare)	28
B. Effectieve implementatie van sturing op doelmatig aanvraaggedrag (Demand management)	29
C. Gegevensuitwisseling, data-beschikbaarheid en een effectieve tarievenstructuur	30
Conclusie	32

Advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) zoals vastgesteld in de buitengewone plenaire vergadering van 21 november 2025 betreffende het ontwerplandsbesluit laboratoriumdiagnostiek (zaaknummer 2024/020614, ref.nr. 064/2025-SER)

Samenvatting van conclusies en aanbevelingen

- De Sociaal-Economische Raad (SER) heeft op 3 juli 2025 het formele spoedadviesverzoek van de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN) ontvangen betreffende het ontwerplandsbesluit laboratoriumdiagnostiek (zaaknummer 2024/020614, ref.nr. 064/2025-SER) op basis van artikel 2, tweede lid, van de Landsverordening SER (A.B. 2010, no. 87, bijlage p, zoals gewijzigd bij P.B. 2017, no. 70);
- Het adviesverzoek omvat tevens de adviezen van de Directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ) d.d. 15 juli 2024 en 24 juni 2025 (kenmerk WJZ'24/0283) en het advies van de Beleidsorganisatie van het ministerie van Financiën d.d. 10 maart 2025 (zaaknummer 2025/010965), welke integraal deel uitmaken van de beoordeling door de Raad;
- Het adviesverzoek ziet op de herziening van het verrichtingenstelsel en de invoering van nieuwe maximumtarieven voor laboratoriumdiagnostiek, waarbij van de SER wordt verlangd te toetsen aan de vereisten van legaliteit, proportionaliteit, zorgvuldige voorbereiding, motivering, representativiteit van economische data, het gelijkheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en de toets onder artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM;
- De SER concludeert dat hoewel modernisering van het stelsel noodzakelijk en legitiem is, de voorliggende tarievenstructuur niet voldoet aan de eisen van een controleerbare, representatieve en juridisch evenwichtige tariefonderbouwing, omdat de gehanteerde kostendata beperkt, niet openbaar en niet verifieerbaar zijn;
- De SER stelt vast dat de door de laboratoria geschetste verwachte inkomensdaling van circa 30–40% door de Raad niet zelfstandig kon worden geverifieerd op basis van de door de werkgroep en laboratoria beschikbaar gestelde gegevens. Niettemin heeft de SER, gelet op de consistentie van de aangeleverde informatie, de aard van de gehanteerde tarifiering, de onderliggende koststructuren in een kapitaalintensieve sector en het ontbreken van aanwijzingen dat deze cijfers feitelijk onjuist zouden zijn, geen reden om te veronderstellen dat deze door de laboratoria genoemde impact niet in overeenstemming is met de feitelijke exploitatierealiteit. Een dergelijke potentiële inkomstendaling — indien zij zich manifesteert zoals door de sector is aangegeven — moet naar het oordeel van de SER als disproportioneel worden aangemerkt, mede in het licht van de vaste kostenbasis, certificeringsvereisten en de zeer beperkte mogelijkheden tot korte termijn-aanpassing van de kostenstructuur. Onder die omstandigheden kan een dergelijke daling een 'onevenredige individuele last' vormen in de zin van artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM;
- Het ontbreken van een overgangsregeling vergroot de juridische kwetsbaarheid van het voorstel aanzienlijk en schaadt zowel de rechtszekerheid als de gerechtvaardigde verwachtingen van de sector;
- De SER acht in dit verband de recente uitspraken van het Nederlandse College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) van fundamenteel belang. In de uitspraak van 12 december 2023 (ECLI:NL:CBB:2023:709) heeft het CBb geoordeeld dat een toezichthouder *geen tarieven mag vaststellen wanneer de onderliggende kosteninformatie verouderd, onvolledig of onvoldoende*

transparant is, omdat dit strijd oplevert met het zorgvuldigheidsbeginsel, de motiveringsplicht en artikel 3:2 en 3:46 Awb-normen;

- Daarnaast bevestigt de uitspraak van het CBB van 14 november 2025 (ECLI:NL:CBB:2025:452) dat tariefregulering die leidt tot een substantiële en niet-gecompenseerde inkomstendaling, zonder overgangsarrangement of mitigerende maatregelen, een onevenredige last vormt en derhalve strijdig is met artikel 1 EP EVRM;
- Deze jurisprudentie is mutatis mutandis rechtstreeks toepasbaar op Curaçao, aangezien de voorgestelde maximumtarieven eveneens functioneren als vaste tarieven, steunen op een beperkt kostendataset en zonder overgangsregeling of compenserend regime worden geïntroduceerd. Dit maakt het regime potentieel ongrondwettig, EVRM-onverenigbaar en bestuurlijk onvoldoende gemotiveerd;
- De SER stelt vast dat het voorstel geen rekening houdt met het vertrouwensbeginsel: aan laboratoria is tijdens het overlegtraject herhaaldelijk meegedeeld dat sprake zou zijn van een *voorlopig* tariefregime, terwijl dit element in het ontwerplandsbesluit ontbreekt. Dit is in strijd met gerechtvaardigd gewekte verwachtingen;
- Tevens is geen toets aan het gelijkheidsbeginsel zichtbaar, nu de lasten van kostenbeheersing uitsluitend op de laboratoria worden afgewenteld en niet op andere zorgsectoren met vergelijkbare structurele knelpunten;
- De SER adviseert daarom dat invoering van de tarievenstructuur uitsluitend kan plaatsvinden binnen een tijdelijk wettelijk overgangsarrangement, expliciet in het ontwerplandsbesluit verankerd, met een gefaseerde ingroei van maximaal drie jaar;
- De SER adviseert dat binnen deze overgangperiode een onafhankelijk, sectorbreed representatief kostprijsonderzoek door de Curaçaose Zorgautoriteit (Cza) verplicht wordt gesteld, teneinde toekomstige tarieven te baseren op juridisch toetsbare, actuele en transparante gegevens;
- De SER beveelt voorts de totstandkoming aan van een bindend declaratiekader, met limitatieve lijsten en uniforme toepassingscondities, ter bevordering van rechtszekerheid en handhaafbaarheid;
- Tot slot adviseert de SER dat het tariefregime wordt ingebed in een breed beleidskader voor demand-management en elektronische gegevensuitwisseling, noodzakelijk om doelmatigheid en kwaliteitsborging in de laboratoriumdiagnostiek duurzaam te waarborgen.

1. Inleiding

1.1. Adviesverzoek

Op 3 juli 2025 heeft de Sociaal-Economische Raad (hierna: 'de SER' of 'de raad') ingevolge artikel 2, tweede lid, van de Landsverordening SER (A.B. 2010, no. 87, bijlage p, zoals gewijzigd bij PB. 2017, no 70), een verzoek voor spoedadvies ontvangen van de Minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (hierna verder aan te duiden als 'de minister') betreffende de ontwerplandsbesluit houdende algemene maatregelen inzake wijziging van het Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten 2014¹ en het Landsbesluit Medisch Tarief Sociale Verzekeringen², hierna verder aan te duiden als 'het ontwerplandsbesluit' of 'het ontwerp'.

Als integraal onderdeel van de aan de SER aangeboden dossier zijn de adviezen van de Directeur Wetgeving en Juridische Zaken van het Ministerie van Algemene Zaken (hierna: 'WJZ') d.d. 15 juli 2024 en 24 juni 2025 met kenmerk WJZ'24/0283 (zaaknummer 2024/020614) en ook het advies van de Beleidsorganisatie van het Ministerie van Financiën (hierna: 'BO') d.d. 10 maart 2025 (zaaknummer 2025/010965).

1.2. Inhoud en strekking ontwerp

Het ontwerplandsbesluit strekt volgens het algemene deel van de Nota van toelichting (hierna: NvT) ertoe de herziening van het verrichtingenstelsel van medische laboratoriumdiagnostiek en de daarbij behorende vergoedingen te realiseren. De beoogde herziening van de lijst van medische laboratoriumdiagnostiek en de bijbehorende vergoedingen is volgens het algemene deel van de NvT nodig ter verwezenlijking van een gezondheidsstelsel dat enerzijds voorziet in de gezondheidsbehoefte van de burger anderzijds de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de voorzieningen waarborgt. In de praktijk is gebleken dat hervorming en verbetering van de gezondheidszorg in Curaçao noodzakelijk zijn, met name ten gunste van de patiënten en rekening houdend met de bestaande financiële beperkingen van Curaçao. Een essentieel onderdeel van deze hervorming betreft de herziening van het verrichtingenstelsel van laboratoriumdiagnostiek, in reactie op de ontwikkelingen die zich over de jaren hebben voorgedaan.

Voorts blijkt uit het algemeen deel van de NvT dat de regering conform artikel 25, eerste lid van de Staatsregeling van Curaçao een belangrijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid heeft en maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid neemt. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om de zorguitgaven binnen het Fonds Basisverzekering Ziektekosten, zoals genoemd in artikel 6.1, eerste lid, van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten³ (hierna: Lvbvz), te beheersen zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. In dat kader en in het kader van de eerdergenoemde beleidsdoelen worden in het onderhavige landsbesluit de vergoedingen ten aanzien van de lijst medische laboratoriumdiagnostiek opnieuw vastgesteld.

Verder blijkt uit de overwegingen van de considerans dat het wenselijk is om het verrichtingenstelsel van laboratoriumdiagnostiek te herzien vanwege ontwikkelingen die zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan, waardoor de vigerende lijst medische laboratoriumdiagnostiek sterk verouderd en incompleet is en tevens veel fouten en inconsistenties bevat. In het verlengde hiervan is het wenselijk om gekoppeld aan de herziening van de lijst laboratoriumdiagnostiek de hierbij behorende maximale tarieven per laboratoriumverrichting die aan de sociale verzekeringsbank Curaçao kan worden gebracht, conform maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, aan te passen.

¹ P.B. 2014, no.96.

² P.B. 2001, no.100, zoals laatstelijk gewijzigd bij P.B.2005, no.92.

³ P.B. 2013, no.3, zoals laatstelijk gewijzigd bij P.B. 2016, no. 37.

1.3. Bijzonderheid ten aanzien van het adviesverzoek

In de nota van toelichting wordt gesteld dat, in samenspraak met de laboratoria, is gekozen voor een werkwijze waarbij – uitgaande van de Nederlandse NZa-tarieven – omrekeningsfactoren worden vastgesteld om deze tarieven aan te passen aan de situatie op Curaçao. De SER constateert echter dat deze weergave niet overeenkomt met de feitelijke gang van zaken. Tijdens de consultaties met de laboratoria is duidelijk geworden dat alle laboratoria de voorkeur gaven aan het hanteren van een kostprijsanalyse als grondslag voor de tariefbepaling.

Deze constatering wordt verder ondersteund door het feit dat in het ter advisering voorgelegde dossier, anders dan bij de Sociaal Verzekeringsbank en de Inspecteur-Generaal voor de Volksgezondheid, geen enkele schriftelijke vastlegging is opgenomen van instemming door de laboratoria met het gebruik van de NZa-tarieven en de daarbij behorende omrekeningsfactoren. Zelfs de twee laboratoria die input hebben aangeleverd aan de werkgroep, en op basis waarvan de omrekeningsfactoren zijn vastgesteld, hebben geen schriftelijke goedkeuring verstrekt voor de voorgestelde tarievenstructuur. De SER acht dit, op zijn minst genomen, opmerkelijk.

1.4. Leeswijzer

De opbouw van dit advies is als volgt gestructureerd. Na dit inleidende hoofdstuk zal de SER in hoofdstuk 2 zijn evaluatie presenteren van de voorgestelde prijsstelling en prijsregulering voor medische laboratoriumdiagnostiek. Allereerst wordt de rol van prijsstelling en prijsregulering in de zorgsector belicht. In het verlengde hiervan worden de bekostigingsmethodieken, tariefvormen en tariefbepalingsprocessen in de zorgsector kort toegelicht. Vervolgens wordt de Curaçaose context van prijsstelling en prijsregulering in de zorgsector en de huidige bekostigingssystematiek van medische laboratoriumdiagnostiek in kaart gebracht. Verder wordt de voorgestelde prijsstelling voor de medische laboratoriumdiagnostiek kritisch beoordeeld op procedurele en inhoudelijke aspecten, waaronder de tariefstellingsprocedure, proportionaliteit, tarievenstructuur en sociaaleconomische gevolgen. Gebaseerd op de bevindingen van deze analyse zullen aanbevelingen worden geformuleerd ter optimalisatie van de voorgestelde prijsstelling. De onderbouwing van de oordeelsvorming in dit advies is het resultaat van literatuurstudie alsook waardevolle inzichten verkregen uit consultaties met relevante belanghebbenden. Deze stakeholders omvatten onder andere de werkgroep Verrichtingenstelsel en Diagnostiek Laboratoria, Sociaal Verzekeringsbank (SVB), Curaçao Medical Center (CMC), Regulatory Authority Curaçao (RAC)⁴, Medical Laboratory Services (MLS), Laboratorio de Medicos (Lab de Med), Analytisch Diagnostisch Centrum (ADC) en BioAnalytical Clinical Laboratorio (BioLab)⁵.

⁴ In de hoedanigheid van Curaçaose Zorgautoriteit in oprichting is tijdens de consultatie met de RAC uitsluitend ingegaan op de randvoorwaarden en de methodiek van prijsregulering. Het concept-landsbesluit zelf is daarbij niet inhoudelijk besproken.

⁵ Vertegenwoordigers van Biolab waren niet aanwezig bij de consultatiesessie maar hebben een schriftelijke reactie aangeleverd.

2. Standpunt van de SER

2.1 Prijsstelling en prijsregulering in de zorgsector

De SER is van mening dat prijsstelling en prijsregulering belangrijke elementen zijn voor de realisatie van toegang tot kwalitatief hoogwaardige zorg zonder het risico op financiële problemen. In het verlengde hiervan dient het gezondheidszorgsysteem te worden onderscheiden in drie belangrijke dimensies van dekking namelijk wie wordt gedekt, welke diensten worden gedekt en welk deel van de kosten wordt vergoed.⁶ Gelet op de scope van dit advies ligt de nadruk op welk deel van de kosten wordt vergoed, namelijk de prijsstelling van zorgdiensten.

2.1.1. Prijsstelling in de zorgsector

Prijsstelling en bekostigingssystemen vormen cruciale instrumenten waarmee overheden en zorginkopers zorgaanbieders kunnen aanzetten tot het leveren van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg.⁷ In aanvulling hierop spelen contractering en prestatie monitoring een essentiële rol.⁸ Contractering legt de voorwaarden voor betalingen en dienstverlening vast, terwijl prestatie monitoring ervoor zorgt dat financiële prikkels daadwerkelijk worden gekoppeld aan meetbare prestaties.

De SER onderschrijft de rol die de prijs van zorgdiensten speelt als kernonderdeel van de inkoopstrategie binnen het bredere financieelstelsel.⁹ Een evenwichtige prijsstelling is noodzakelijk om de juiste prikkels in het zorgstelsel te creëren. Wanneer prijzen niet aansluiten bij de werkelijke kosten of onvoldoende rekening houden met kwaliteits- en toegankelijkheidsdoelstellingen, kunnen ongewenste effecten ontstaan.¹⁰ Te lage tarieven binnen bekostigingssystemen, waar sprake is van vaste tarieven, kunnen leiden tot een afname van de zorgkwaliteit, risicoselectie of het doorverwijzen van complexe patiënten. Daarentegen kan een te lage vergoeding per verrichting binnen een *fee-for-service*-bekostigingsmodel zorgverleners stimuleren om volumes te verhogen en potentieel onnodige handelingen uit te voeren.¹¹ Als gevolg hiervan kan gesteld worden dat onjuiste of oneerlijke prijzen zowel de efficiëntie en duurzaamheid van het zorgstelsel als de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ondermijnen.¹² Gelet op het bovenstaande is effectieve prijsstelling een beleidsinstrument waarmee de overheid gericht kan sturen op efficiëntie, kostendeling en kwaliteitsverbetering. Effectieve prijsstelling vereist bovendien een solide institutionele basis. Dit omvat een robuust regelgevingskader, betrouwbare informatiesystemen, transparante kostenbepaling en voldoende managementcapaciteit bij zorgaanvragers en zorgaanbieders. De ontwikkeling van prijsbeleid is daarmee

⁶ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁷ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁸ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁹ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

¹⁰ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

¹¹ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

¹² Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

een dynamisch en iteratief proces dat hand in hand gaat met de bredere versterking van zorgstelsels. Hiermee is prijsstelling niet enkel een technisch vraagstuk is, maar een strategisch beleidsinstrument dat als verbindende schakel fungeert tussen kosten, kwaliteit, toegankelijkheid en duurzaamheid.

Het beheersen van de groei van zorguitgaven, terwijl de toegankelijkheid en kwaliteit behouden blijven, vormt een kernuitdaging voor beleidsmakers wereldwijd. In de meeste landen stijgen de zorguitgaven structureel sneller dan de algemene inflatie, als gevolg van zowel volumegroei als prijsstijgingen. Bovendien genereren investeringen in gezondheidszorg positieve externaliteiten die verder reiken dan het individu. Prijsstelling dient daarom niet alleen de directe kosten te weerspiegelen, maar ook de maatschappelijke waarde van zorg. Dit rechtvaardigt publieke betrokkenheid bij de prijsbepaling om de financiering van publieke gezondheidsgoederen te borgen en rechtvaardige toegang te garanderen.

2.1.2. Prijsregulering in de zorgsector

De SER constateert dat prijsregulering in de gezondheidszorg een essentieel beleidsinstrument vormt om de toegankelijkheid, kwaliteit en financiële duurzaamheid van het zorgstelsel te waarborgen. Zonder adequate regulering kunnen zorgkosten sterk stijgen, met als gevolg een toename van ongelijkheid in toegang en inefficiënt gebruik van beschikbare middelen. Als gevolg hiervan stelt de SER vast dat regie op prijsstelling noodzakelijk is om zowel publieke belangen te beschermen als structurele marktfalen binnen de zorgsector te corrigeren.

De noodzaak van prijsregulering wordt verder versterkt door de snelgroeiende zorguitgaven als gevolg van demografische vergrijzing en stijgende kwaliteitsverwachtingen. Wereldwijd groeien zorguitgaven sneller dan het bruto binnenlands product, wat steeds grotere druk legt op overheidsbegrotingen en collectieve financieringsmechanismen. Strategische prijsregulering helpt kosten te beheersen, publieke middelen doelmatig in te zetten en te voorkomen dat commerciële prikkels leiden tot een ondoelmatige of ongelijkmatige allocatie van zorgresources. Financiële duurzaamheid vormt daarmee een centrale pijler onder prijsregulering.

Prijsregulering dient ter realisatie van verschillende beleidsdoelstellingen. Een belangrijke doelstelling van prijsregulering is het waarborgen van betaalbare toegang tot zorg. In een ongereguleerde zorgmarkt hebben aanbieders de ruimte om hoge tarieven te hanteren, waardoor patiënten financieel worden belast of noodzakelijke zorg gaan mijden. Door tarieven te reguleren kan de overheid garanderen dat essentiële zorgdiensten toegankelijk blijven voor alle bevolkingsgroepen, ongeacht sociaaleconomische positie of verzekeringsstatus. Daarnaast draagt prijsregulering bij aan het bevorderen van doelmatigheid en kwaliteit. Prijzen sturen het gedrag van zorgaanbieders. Zorgvuldig vastgestelde tarieven kunnen aanbieders stimuleren tot efficiënte bedrijfsvoering en het leveren van hoogwaardige zorg. Een evenwichtige prijsstelling voorkomt enerzijds onderproductie bij te lage tarieven en anderzijds overproductie wanneer volumedreven prikkels domineren.

Een aanvullend en essentieel motief voor prijsregulering is het voorkomen en corrigeren van marktverstoringen. De zorgsector wordt gekenmerkt door structurele marktfalen die vrije prijsvorming ondermijnen. Een eerste vorm van marktverstoring betreft asymmetrische informatie. Patiënten kunnen de noodzaak en kwaliteit van zorg moeilijk beoordelen, terwijl zorgaanbieders over aanzienlijk meer informatie beschikken en financieel belang hebben bij de zorg die zij aanbevelen. Dit kan leiden tot overbehandeling of onnodige diagnostiek. Prijsregulering, in combinatie met prestatiemonitoring, kan deze risico's beperken door tarieven te koppelen aan kostenefficiëntie en kwaliteitsnormen. Een tweede belangrijke marktverstoring heeft betrekking op marktmacht en concentratie. In markten met beperkte concurrentie kunnen dominante zorgaanbieders prijzen vaststellen op een niveau dat hoger ligt dan maatschappelijk wenselijk, wat zowel verzekeraars als patiënten financieel belast en de toegang tot zorg aantast. Reguleringinstrumenten zoals maximumtarieven of uniforme vergoedingen voor gelijkwaardige diensten beschermen tegen dergelijke machtsconcentraties. Verder is de vraag naar zorg relatief prijsinelastisch. Omdat patiënten doorgaans

beschermd zijn door verzekeringen, worden zij niet direct met de werkelijke prijs van zorgdiensten geconfronteerd. Hierdoor vervagen prijssignalen en wordt de werkelijke waarde van zorg moeilijk vast te stellen. Prijsregulering vervult in deze context een corrigerende functie door excessieve tarieven te voorkomen en billijke toegang te bevorderen. Ook kunnen contraproductieve prikkels ontstaan wanneer prijsstructuren volume boven kwaliteit belonen. Dit ondermijnt efficiëntie en rechtvaardigheid binnen het zorgstelsel. Daarnaast kan onevenwichtige markttoegang ontstaan wanneer tarieven onvoldoende rekening houden met kostenstructuren of maatschappelijke behoeften. Prijsregulering maakt het mogelijk dergelijke verstoringen te corrigeren door toepassing van kosten gebaseerde modellen, uniforme tarieven of maximumvergoedingen.

Naast het corrigeren van marktfalen biedt prijsregulering de overheid ruimte om strategisch gezondheidsbeleid vorm te geven. Door gerichte tarifiering kunnen volumes worden beïnvloed, prioritaire zorgsectoren worden ondersteund en innovatie en kwalitatieve verbetering worden gestimuleerd. Prijsregulering is daarmee niet enkel een instrument van kostenbeheersing, maar een cruciaal middel om publieke doelen zoals gelijkheid, efficiëntie en duurzaamheid te realiseren. Een effectieve uitvoering van prijsregulering vereist wel een solide institutionele infrastructuur. Betrouwbare informatiesystemen, transparante kostengegevens en voldoende analytische capaciteit zijn noodzakelijk om tarieven adequaat vast te stellen en naleving te monitoren. In veel landen¹³ blijkt dat zwakke informatiesystemen en ontoereikende kostendata de effectiviteit van prijsregulering substantieel beperken. Daarnaast dienen zorginstellingen voldoende autonomie te hebben om op efficiëntieprikkels te kunnen reageren.

Tot slot dragen overheden de verantwoordelijkheid om binnen de beschikbare middelen redelijke reguleringsmaatregelen te treffen die bijdragen aan de geleidelijke verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg.

2.1.3. Bekostigingssystemen in de zorgsector

Een goed functionerend bekostigingssysteem voor zorgdiensten vereist een doordachte en evenwichtige prijsbepaling. De vaststelling van prijzen wordt beïnvloed door verschillende factoren, waaronder de totale overheidsuitgaven aan zorg, de kosten van dienstverlening, de beloning van specialisten en andere zorgmedewerkers, en de aard en complexiteit van de te behandelen aandoeningen. Een effectief systeem van prijsbepaling vormt de kern van duurzame financiering van zorg en draagt bij aan de afstemming van prikkels tussen zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten.

Het bekostigingssysteem in de gezondheidszorg onderscheidt drie onderdelen namelijk de basis of eenheid waarop tarieven worden vastgesteld, het tarief per eenheid en het administratieve en economische prijsbepalingsproces.¹⁴ Deze onderdelen zijn essentieel voor het afstemmen van het bekostigingssysteem op de doelstellingen van het zorgstelsel en voor het evenwicht tussen de belangen en financiële risico's van de betrokken actoren. In deze paragraaf wordt ingegaan op de eerste twee onderdelen namelijk de basis of eenheid waarop tarieven worden vastgesteld en het tarief per eenheid. Het onderdeel administratieve en economische prijsbepalingsproces wordt in paragraaf 2.1.4 toelicht.

Bekostigingsvormen

Volgens de literatuur zijn vijf mogelijke bekostigingsgrondvormen die als basis of eenheid kunnen gelden voor de prijsbepaling in de zorg.¹⁵ De vijf grondvormen zijn Fee-for-Service (FFS), productfinanciering,

¹³ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

¹⁴ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

¹⁵ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

budget per patiënt, budget per verzekerde en budget per aanbieder.¹⁶ De bekostigde prestatie van deze vijf bekostigingsgrondvormen varieert van bekostiging van losse handeling (FFS) tot bekostiging van de zorgaanbieder ongeacht welke losse handeling wordt uitgevoerd (budget per aanbieder).¹⁷ In het hierna wordt per bekostigingsvorm de mogelijke effecten voor de zorgaanbieder, de zorgaanvrager, de zorgverzekeraar en het budgettair kader voor de zorg toegelicht.

1. Fee-for-Service (FFS)

De bekostigingsvorm FFS is gericht op de zorgaanbieder en niet op de zorgaanvrager, waardoor deze bekostigingsvorm geen stimulans geeft aan de zorgaanvrager om over te gaan tot doelmatig aanvraaggedrag. De bekostigingsvorm FFS hanteert losse handeling als de bekostigde prestatie, waardoor elke losse handeling apart wordt gedeclareerd en betaald.¹⁸ Als gevolg hiervan blijkt dat deze bekostigingsvorm de zorgaanbieder stimuleert tot een zo hoog mogelijk volume, aangezien de zorgaanbieder elke geleverde handeling kan declareren voor betaling. Met andere woorden de opbrengst van de zorgaanbieder is afhankelijk van het geproduceerd volume, hetgeen impliceert dat een reële kans op overproductie¹⁹ bestaat. Echter, deze bekostigingsvorm zal naar verwachting bijdragen aan doelmatige uitvoering bij elke handeling.²⁰ Een doelmatige uitvoering van elke handeling zal mogelijk leiden tot een stijging van de winstmarge. Een mogelijk nadeel hiervan kan zijn dat de zorgaanbieder geen belang heeft bij optimalisatie van het totale zorgproces (optimalisatie van het aantal prestaties per patiënt), gelet op de redelijke kans op omzetsderving.²¹ Normaliter kan de zorgverzekeraar overproductie tegengaan via sturing op waarde van zorg, hetgeen impliceert dat inzichtelijk gemaakt moet worden in hoeverre extra diagnostiek bijdraagt aan betere uitkomsten of lagere kosten in de behandeling die volgt (vervolgzorg).²² Echter, sturing op waarde van zorg bij deze bekostigingsvorm is moeilijk, aangezien het niveau van de bekostigde prestatie laag is en haast moeilijk is om een koppeling te maken met vervolgzorg. In tegenstelling tot sturing op waarde van zorg is de zorgverzekeraar bij deze bekostigingsvorm wel in staat om te sturen op dubbel diagnostiek op basis van de beschikbare informatie uit de declaraties. Daarnaast kan de zorgverzekeraar doelmatig aanvraaggedrag stimuleren door indicatoren betreffende doelmatig aanvragen af te spreken met de zorgaanvrager.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat deze bekostigingsvorm een groot risico op overschrijding van het budgettair kader voor de zorg met zich meebrengt, gelet op de mogelijke prikkel op overproductie.

2. Productfinanciering

De bekostigde prestatie bij de productfinanciering is een los product. De opbrengst van de zorgaanbieder is hier ook afhankelijk van de gedeclareerde prestaties, namelijk de geleverde producten²³. Bij deze bekostigingsvorm is ook sprake van kans op overproductie, hetgeen impliceert dat deze bekostigingsvorm geen stimulans behelst voor het voorkomen van dubbele diagnostiek.²⁴ Net als de bekostigingsvorm FFS, stimuleert de bekostigingsvorm productfinanciering doelmatig werken binnen een product. Aangezien de zorgaanbieder per product betaald wordt, zal de marge stijgen bij een doelmatiger uitvoering van het product.

Productfinanciering is ook gericht op de zorgaanbieder, waardoor de zorgaanvrager geen prikkel heeft tot vertonen van een doelmatig aanvraaggedrag. De zorgverzekeraar kan, zoals bij de bekostigingsvorm FFS, doelmatig aanvraaggedrag stimuleren middels invoering van afspraken omtrent doelmatig

¹⁶ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

¹⁷ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

¹⁸ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

¹⁹ Productie die geen waarde toevoegt.

²⁰ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²¹ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²² KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²³ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²⁴ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

aanvraaggedrag.²⁵ Tevens is de zorgverzekeraar in staat sturingsmaatregelen te nemen ten behoeve van voorkoming van dubbele diagnostiek op basis van de informatie opgenomen in de declaraties. Bovendien kan de zorgverzekeraar sturen op waarde van de zorg, aangezien de benodigde koppeling tussen de geleverde producten en vervolgbehandeling makkelijker is te verrichten. Voor wat betreft het budgettair kader voor de zorg kan gesteld worden dat deze bekostigingsvorm ook een risico op overschrijding met zich meebrengt.

3. Budget per patiënt

De bekostigingsvorm budget per patiënt impliceert dat voor elke patiënt eenzelfde budget wordt uitgekeerd. Met andere woorden de patiënt is de bekostigde prestatie.²⁶ De hoogte van het budget per patiënt is afhankelijk van de gemiddelde kosten per patiënt van de budgethouder. De budgethouder kan zowel de zorgaanbieder als de zorgaanvrager zijn. De effecten van deze bekostigingsvorm is afhankelijk van wie als budgethouder fungeert.²⁷ Indien de zorgaanbieder als budgethouder fungeert is deze bekostigingsvorm gericht op de zorgaanbieder en is geen stimulans voor de zorgaanvrager voor het vertonen van een doelmatig aanvraaggedrag.²⁸ De zorgaanbieder als budgethouder heeft baat bij een groot mogelijk patiëntenbestand. Echter, de bekostigingsvorm budget per patiënt kan leiden tot onderproductie per patiënt door de zorgaanbieder, aangezien onderproductie kan leiden tot een hoger opbrengst per patiënt.²⁹ De zorgverzekeraar kan in dit geval sturing geven aan het aanvraaggedrag van de zorgaanvrager door bij de bekostiging van de zorgaanvrager indicatoren te hanteren voor het doelmatig aanvragen. Verder kan de zorgverzekeraar onderproductie voorkomen door te sturen op de uitkomsten van het gehele zorgproces.³⁰

Indien de zorgaanvrager als budgethouder fungeert dan heeft de zorgaanvrager voordeel bij een zo groot mogelijk patiëntenbestand.³¹ Daarnaast zal de zorgaanvrager gestimuleerd worden om doelmatig aanvraaggedrag te vertonen voor het realiseren van een hoge marge. Een ander effect van de zorgaanvrager als budgethouder impliceert dat de productieprikkel en prikkel tot doelmatig werken voor de zorgaanbieder afhankelijk is van de afspraken die gemaakt zijn tussen de zorgaanvrager en de zorgaanbieder.³²

Gelet op de prikkel van de budgethouder om zoveel mogelijk patiënt te hebben zal naar verwachting een groot risico op overschrijding van het budgetkader voor de zorg zijn, aangezien de zorguitgaven afhankelijk zijn van het aantal patiënten.³³

4. Budget per verzekerde

De bekostigingsvorm budget per verzekerde impliceert een uitkering van eenzelfde budget per ingeschreven verzekerde. Het budget is gebaseerd op de gemiddelde kosten per verzekerde, waardoor de totale budget afhankelijk is van het aantal ingeschreven verzekerde. Bij deze bekostigingsvorm geldt ook dat de budgethouder zowel de zorgaanbieder als de zorgaanvrager kan zijn. In geval de zorgaanbieder de budgethouder is dan houdt deze bekostigingsvorm geen stimulans voor doelmatig aanvraaggedrag van de zorgaanvrager.³⁴ Voorts zal de zorgaanbieder als budgethouder een financieel belang hebben bij zoveel mogelijk verzekerden, hetgeen de zorgaanbieder zal stimuleren om zich te profileren onder de verzekerden. Andere mogelijke effecten, in geval de zorgaanbieder de budgethouder is, zijn onder andere het risico van

²⁵ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²⁶ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²⁷ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²⁸ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

²⁹ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³⁰ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³¹ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³² KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³³ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³⁴ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

onderproductie per verzekerde bij de zorgaanbieder, geen stimulans bij de zorgaanbieder om dubbele diagnostiek te voorkomen.³⁵

Indien de zorgaanvrager de budgethouder is dan zal de zorgaanvrager gestimuleerd worden om doelmatig aanvraaggedrag te verrichten, aangezien de verzekerden reeds zijn ingeschreven bij de zorgaanvrager. Verder zal de impact van de productieprikkel en prikkel tot doelmatig werken bij de zorgaanbieder afhankelijk zijn van de gemaakte afspraken tussen de zorgaanbieder en de zorgaanvrager.

De mogelijkheden op sturing door de zorgverzekeraar zullen dezelfde zijn als bij de bekostigingsvorm budget per patiënt. Bij deze bekostigingsvorm is geen risico op overschrijding van het budgetkader voor de zorg, aangezien het aantal verzekerden vooraf vast staat en daarmee de kosten die aan de populatie verbonden zijn.

5. Budget per aanbieder

Deze bekostigingsvorm is in tegenstelling tot de andere bekostigingsvormen niet gericht financiering van de output (zorgdienst) maar de input.³⁶ De effecten van deze bekostigingsvorm zijn onder andere dat de opbrengsten voor de zorgaanbieder vooraf gegarandeerd zijn, stimulans voor onderproductie per patiënt bij de zorgaanbieder, geen prikkel tot voorkomen van dubbele diagnostiek voor de zorgaanbieder, geen stimulans voor doelmatig aanvraaggedrag voor de zorgaanvrager.³⁷

Voor wat betreft de mogelijkheden op sturing door de zorgverzekeraar kan gesteld worden dat de zorgverzekeraar dezelfde sturingsmaatregelen kan nemen ten aanzien van doelmatig aanvraaggedrag, voorkomen van onderproductie en voorkomen van dubbele diagnostiek. De bekostigingsvorm budget per aanbieder zal geen risico op overschrijding van het budgetkader voor de zorg met zich meebrengen, aangezien het budget van tevoren vast staat en niet afhankelijk is van het aantal verrichtingen of patiënten.³⁸

Tariefvormen

De SER constateert dat drie tariefvormen zijn namelijk vrije tarieven, maximumtarieven en vaste tarieven.³⁹ In geval van vaste tarieven staat vast welk tarief geldt voor de bekostigde prestatie. De overige tariefvormen geven ruimte voor afspraken tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder aangaande extra beloning van kwaliteit en doelmatigheidswinsten.⁴⁰ Indien de bekostigingsvorm gebaseerd is op een budget in plaats van tarief dan geldt eveneens dat de hoogte van het budget gekoppeld kan worden aan gemaakte afspraken omtrent de geleverde zorg.

Vanuit maatschappelijk perspectief vertegenwoordigt het tarief het bedrag dat moet worden betaald om zorgaanbieders ertoe te bewegen de gezondheidszorgdiensten te leveren die de samenleving wenst en bereid is te financieren.⁴¹ Bij het vaststellen van de instrumenten en procedures voor tariefbepaling kunnen verschillende gemeenschappelijke doelstellingen richtinggevend zijn. Deze omvatten onder meer het waarborgen dat⁴²:

³⁵ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³⁶ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³⁷ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³⁸ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

³⁹ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

⁴⁰ KPMG, *Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek*, 25 juni 2014.

⁴¹ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁴² Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

- De tarieven een nauwkeurige afspiegeling vormen van de daadwerkelijke kosten van het leveren van een bepaalde dienst.
- Zorgaanbieders op een rechtvaardige wijze worden vergoed.
- De tarievenstructuur de bredere doelstellingen van het gezondheidszorgstelsel ondersteunt, zoals dekking, kwaliteit en zorgresultaten.

Bij het vaststellen van passende tariefniveaus dienen factoren te worden meegenomen zoals de eenheidskosten van dienstverlening, schaal- en scopevoordelen, hoge toetredings- en kapitaalkosten en de marginale baten van kwaliteitsverbetering. Om de eenheidskosten te berekenen wordt gebruik gemaakt van verschillende kostentoerekeningsmethoden.

Tariefaanpassingsfactoren, in de vorm van opslag of afslag, komen veelvuldig voor wanneer tarieven eenzijdig worden vastgesteld of collectief worden onderhandeld.⁴³ Dit gebeurt om te waarborgen dat specifieke diensten of de zorg voor bepaalde doelgroepen adequaat worden gedekt.⁴⁴ Een opslag kan worden toegepast in situaties waarin de kosten van zorgverlening hoger zijn of wanneer het verstrekken van de zorg anders als financieel onrendabel wordt beschouwd, terwijl een afslag kan worden gebruikt wanneer de kosten lager liggen of bepaalde efficiëntievoordelen aanwezig zijn.

2.1.4. Administratieve en economische prijsbepalingsproces in de zorgsector

Het tariefbepalingsproces is te onderscheiden in een administratief en economisch prijsbepalingsproces.⁴⁵ Het administratieve proces voor tariefbepaling heeft betrekking op de procedurele aspecten die van belang zijn voor de bepaling, formalisering, vaststelling en publicatie van tarieven op een transparante, consistente en juridisch verantwoorde wijze. Dit proces is complementair aan het economisch bepalingproces dat voornamelijk gericht is op de economische onderbouwing van tarieven. Het administratieve tariefproces waarborgt daarmee dat de totstandkoming van tarieven niet alleen inhoudelijk gerechtvaardigd is, maar tevens voldoet aan de geldende wettelijke procedurele vereisten.

Het administratief proces van prijsstelling kan op drie manieren geschieden namelijk op basis van individuele onderhandelingen, collectieve onderhandelingen en eenzijdige administratieve prijsstelling.⁴⁶ In het onderstaande worden deze manieren afzonderlijk toegelicht.

1. Individuele onderhandelingen

Bij individuele onderhandelingen worden tarieven vastgesteld door directe onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraar en de afzonderlijke zorgaanbieder. Een andere vorm van individuele onderhandeling kan geschieden tussen de zelfbetalende patiënt en de afzonderlijke zorgaanbieder. De belangrijkste kenmerken van individuele onderhandeling zijn als volgt. Allereerst worden de uitkomsten van individuele onderhandelingen in sterke mate bepaald door de onderhandelingspositie van partijen.⁴⁷ Hierbij is van belang om op te merken dat de onderhandelingspositie van de partijen beïnvloed wordt door de

⁴³ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁴⁴ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁴⁵ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁴⁶ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁴⁷ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

marktstructuur.⁴⁸ Partijen met een relatief sterke marktmacht kunnen gunstigere voorwaarden bedingen. De effecten van de sterke onderhandelingspositie op de tarieven is afhankelijk van welke partij beschikt over de sterke onderhandelingspositie.⁴⁹ Indien de zorgverzekeraar aangemerkt is als de partij met een sterke marktmacht dan zal naar verwachting lagere tarieven voortvloeien uit de individuele onderhandeling.⁵⁰ Grote zorgverzekeraars, die dekking bieden aan groot deel van de bevolking, kunnen patiënten stimuleren gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders accepteren in ruil hiervoor vaak lagere tarieven om verzekerd te zijn van voldoende patiëntvolume en stabiele inkomsten. Indien de zorgaanbieder de partij is met de grote marktmacht en dus over een sterke onderhandelingspositie beschikt, zal naar verwachting hogere tarieven afgedwongen worden.

Een ander kenmerk van de individuele onderhandeling is dat de uit de individuele onderhandeling voortvloeiende tarieven vaak voor het bredere publiek niet inzichtelijk zijn. In het verlengde hiervan wordt de economische onderbouwing van de tarieven veelal als bedrijfsgevoelige informatie beschouwd. Bovendien kunnen individuele onderhandelingen leiden tot prijsdiscriminatie, waarbij vergelijkbare diensten tegen uiteenlopende prijzen worden aangeboden.

2. Collectieve onderhandelingen

Onder collectieve onderhandelingen treden zorgverzekeraars in overleg met zorgaanbieders. De uitkomst van deze onderhandelingen bestaat doorgaans uit een uniform tariefschema dat van toepassing is op alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders.⁵¹ In sommige contexten wordt de groei van de totale zorguitgaven begrensd door het hanteren van macro-economische indicatoren, zoals economische groeicijfers, inflatie, bevolkingsontwikkeling en vergrijzing.⁵² Een belangrijk voordeel van collectieve onderhandelingen is dat prijsdiscriminatie wordt voorkomen.⁵³ Voor gelijke diensten geldt immers één uniforme prijs. Echter, kan het tariefbepalingsproces complex zijn naarmate sprake is van belangenverschillen.

3. Eenzijdige administratieve prijsstelling

De derde methode betreft eenzijdige administratieve prijsstelling door een toezichthouder. Hierbij worden tarieven vastgesteld op basis van criteria voor gereguleerde tarieven, vaak geïnspireerd door benchmarkbepalingen die concurrentie op efficiëntie stimuleren.⁵⁴ Net als bij collectieve onderhandelingen elimineert eenzijdige prijsstelling prijsdiscriminatie doordat een vaste prijs geldt voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De administratieve lasten zijn lager dan bij individuele onderhandelingen, al kunnen daarentegen aanvullende reguleringskosten ontstaan. Eenzijdige tariefbepaling vereist uitgebreide

⁴⁸ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁴⁹ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁵⁰ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁵¹ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁵² Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁵³ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

⁵⁴ Barber, S., L. Lorenzoni and P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>.

informatie over onder meer kosten, productievolumes en zorgresultaten. Tarieven worden doorgaans gebaseerd op gemiddelde of marginale kosten, of vastgesteld op een normatief efficiënt niveau. Het vaststellen van tarieven op basis van gemiddelde kosten geeft aanbieders met bovengemiddelde kosten een prikkel om efficiënter te werken. Aanbieders met lagere kosten worden gestimuleerd om deze efficiëntievoordelen te behouden. Aanpassingsfactoren worden toegepast om rekening te houden met onderlinge verschillen tussen aanbieders, zoals omvang, locatie, patiëntcomplexiteit en onderwijsactiviteiten. In een omgeving met gereguleerde prijzen verschuift de concurrentie tussen zorgaanbieders van prijs naar volume en kwaliteit. De prikkel om kosten te verlagen kan in deze context leiden tot efficiëntiewinsten zonder dat dit noodzakelijkerwijs ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

Economische prijsbepalingsproces

Een economisch tariefbepalingsproces vormt een systematische methode om tarieven vast te stellen op basis van objectieve, transparante en reproduceerbare gegevens. Het proces heeft als doel een economisch verantwoorde tariefbepaling te waarborgen die aansluit bij de werkelijke kosten van efficiënte zorgaanbieders, zodat tarieven zowel doelmatig als duurzaam zijn. Een dergelijke aanpak draagt bij aan een evenwichtige verhouding tussen betaalbaarheid voor de zorgverzekeraar en financiële houdbaarheid voor de zorgaanbieders.

De economische onderbouwing van tarieven berust op een gedetailleerde analyse van kostenstructuren, volumes, productiviteit en noodzakelijke investeringen. Dit omvat onder meer directe en indirecte kosten, kapitaalintensiteit, personele inzet en kwaliteits- of veiligheidsvereisten. Een solide onderbouwing vereist dat de gehanteerde gegevens actueel, representatief en methodologisch consistent zijn, zodat de berekende tarieven een realistisch beeld geven van de kosten van efficiënte uitvoering van zorgdiensten.

Daarnaast moet het tariefbepalingsproces voldoen aan duidelijke vereisten met betrekking tot transparantie, proportionaliteit en toetsbaarheid. Transparantie houdt in dat aannames, rekenmethoden en bronnen expliciet worden vastgelegd. Proportionaliteit vereist dat tarieven geen onnodige prikkels creëren die de efficiëntie of zorgkwaliteit en toegankelijkheid tot zorg negatief beïnvloeden. Toetsbaarheid impliceert dat de onderliggende berekeningen kunnen worden geverifieerd en dat periodieke herijking plaatsvindt om wijzigingen in kosten en technologische ontwikkelingen te verwerken.

Door het combineren van economische consistentie, duidelijke criteria en controleerbare gegevens ondersteunt een zorgvuldig tariefbepalingsproces de beleidsdoelstellingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en financiële stabiliteit.

2.2. Prijsstelling en Prijsregulering in de zorgsector in Curaçao

De SER constateert dat binnen de Curaçaose zorgsector verschillende vormen van prijsstelling worden gehanteerd. De drie meest gebruikte bekostigingsmodellen zijn betaling per verrichting (*fee-for-service*, FFS), budgetfinanciering per aanbieder en budgetfinanciering per verzekerde. Het FFS-model is het meest gangbaar en wordt onder meer toegepast voor paramedische zorg, medische laboratoriumdiagnostiek en medisch specialistische zorg. De budgetfinanciering per aanbieder wordt voornamelijk gebruikt voor de financiering van ziekenhuizen, waaronder het Curaçao Medical Center (CMC). De budgetfinanciering per verzekerde komt met name voor in de eerstelijnszorg, waarbij huisartsen een vast bedrag ontvangen per ingeschreven verzekerde.

De tarieven binnen het FFS-systeem worden vastgesteld op basis van vaste tarieven, terwijl bij budgetfinanciering per aanbieder en per verzekerde vaste budgetten worden gehanteerd. De SER stelt vast dat deze tarieven en budgetten niet periodiek worden geïndexeerd of herijkt. Hierdoor werkt de zorgsector al jarenlang met verouderde tarieven en budgetten die geen adequaat beeld meer geven van de onderliggende kostenstructuur. Dit kan ertoe leiden dat bepaalde zorgdiensten niet kostendekkend zijn, terwijl andere juist disproportionele winstmarges mogelijk maken. Tegelijkertijd merkt de SER op dat

structurele knelpunten in de zorgsector, de groeiende zorguitgaven en de druk op de financierbaarheid van de zorgfondsen eventuele herziening of indexatie van tarieven en budgetten bemoeilijken.

Binnen de zorgsector doen zich enkele structurele bijzonderheden voor. Er is een gebrek aan actuele en betrouwbare data, wat leidt tot het gebruik van fictieve zorgkosten die niet overeenkomen met de werkelijke kostprijzen. Daarnaast ontbreekt een integraal preventiebeleid, terwijl preventieve maatregelen substantieel kunnen bijdragen aan kostenbeheersing. De bevoegdheid tot vaststelling van het zorgpakket berust momenteel bij de minister van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN). Daarmee rijst de vraag of deze taak niet beter kan worden ondergebracht bij een onafhankelijk instituut, vergelijkbaar met het Zorginstituut Nederland, dat in Nederland als zelfstandig bestuursorgaan verantwoordelijk is voor vaststelling van het basispakket en advisering hierover aan de minister.

In het licht van de toenemende zorguitgaven, de druk op de zorgfondsen (AVBZ⁵⁵ en BVZ⁵⁶) en de genoemde structurele problemen zijn stappen gezet richting regulering van de zorgsector door de oprichting van de Curaçaoose Zorgautoriteit. De instelling van deze autoriteit vormt een belangrijke stap in de institutionele versterking van de zorgregulering. Anders dan in andere gereguleerde sectoren, die vooral infrastructuur betreffen zoals telecommunicatie en post, wordt de zorgregulering gebaseerd op een specifieke landsverordening. De Curaçaoose Zorgautoriteit krijgt de formele bevoegdheid tot tariefbepaling en doelmatigheidstoetsing, terwijl het toezicht op de kwaliteit van zorg blijft berusten bij de Inspecteur-Generaal voor de Volksgezondheid. Met de nieuwe wettelijke grondslag wordt de bestaande situatie verlaten waarin tariefregulering was gebaseerd op besluiten van de Raad van Ministers. De wetgeving wordt naar verwachting uiterlijk eind 2025 aan de Staten aangeboden. Hiermee wordt een fundament gelegd voor een duurzame, transparante en objectieve regulering van de zorgtarieven, waarbij data-gedreven beleid, doelmatigheid en samenwerking binnen de sector centraal staan.

De Curaçaoose Zorgautoriteit in oprichting streeft naar kostendekkende, doelmatige en transparante tarieven die zowel de toegankelijkheid van zorg voor de bevolking als de continuïteit en investeringscapaciteit van zorgaanbieders waarborgen. Prijsregulering fungeert daarbij tevens als een vorm van marktregulering. De autoriteit benadrukt het belang van neutraliteit, objectiviteit en transparantie in het gehele proces van tariefvorming en onderstreept de noodzaak van gestandaardiseerde data, methoden en werkwijzen. Vooruitlopend op de formele vaststelling van de landsverordening is de Curaçaoose Zorgautoriteit in oprichting, in opdracht van de minister van GMN, begonnen met het uitvoeren van kostenonderzoeken ten behoeve van tariefbepaling. Deze kostenonderzoeken maken gebruik van verschillende methodieken, waaronder integrale kostprijsberekening, *activity-based costing* en het kostenverdeelmodel. In de meeste gevallen is het kostenverdeelmodel toegepast, waarbij voor het CMC aanvullend *activity-based costing* is gebruikt. Het hanteren van het kostenverdeelmodel vereist specialistische expertise, omdat rekening moet worden gehouden met de specifieke kenmerken van elke sub-sector. Tot op heden zijn vier kostenonderzoeken uitgevoerd. Deze richtten zich op de kostprijs, doelmatigheid en tariefstructuur van diverse zorgdiensten. Voor 2026 staat een nieuw kostenonderzoek gepland voor verpleeghuizen, bejaardentehuizen en de thuiszorgsector, waarin negen aanbieders actief zijn. Daarbij wordt gestreefd naar optimale samenwerking en synergie binnen de sector om de zorgverlening efficiënter te organiseren.

De Curaçaoose Zorgautoriteit in oprichting werkt bij kostenonderzoeken volgens een gestandaardiseerd proces. Eerst wordt afstemming gezocht met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de betreffende sub-sector. Vervolgens wordt veldonderzoek uitgevoerd en worden relevante sectorale vraagstukken geïnventariseerd. Op basis hiervan wordt een conceptonderzoeksvraag opgesteld, die ter consultatie wordt voorgelegd aan zorgaanbieders en SVB als grootste zorgverzekeraar. Na verwerking van de reacties wordt het onderzoek uitgevoerd, waarbij de gekozen methodiek voor het kostenonderzoek afhankelijk is van de beschikbaarheid en kwaliteit van de data. Waar mogelijk worden internationale normen betrokken, zoals

⁵⁵ Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten.

⁵⁶ Basisverzekering Ziektekosten.

richtlijnen met betrekking tot geografische nabijheid van voorzieningen. Het eerste kostenonderzoek binnen een sub-sector geldt steeds als nulmeting voor toekomstige herzieningen.

De aanbevelingen uit een kostenonderzoek worden geordend naar korte, middellange en lange termijn en hebben doorgaans betrekking op geleidelijke aanpassingen van tarieven. Deze aanpassingen dienen de financiële positie van zorgaanbieders te versterken en tegelijkertijd de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Aanvullende voorstellen kunnen betrekking hebben op onder andere centrale inkoop om schaalvoordelen te realiseren en de kosten te drukken. De resultaten worden vastgelegd in een advies aan de minister van GMN, waarin ook scenario's voor de geleidelijke invoering van nieuwe tarieven worden opgenomen, variërend van een opbouwend model tot een afbouwend model. In beginsel geldt een ingroei-model van drie jaar. De Curaçaose Zorgautoriteit in oprichting streeft ernaar om, conform de cyclus van de NZa, de tarieven periodiek te herzien, doorgaans iedere 24 maanden. Een voorstel tot indexatie maakt standaard deel uit van het advies, hoewel indexatie op Curaçao in de praktijk niet gebruikelijk is. De SER is van mening dat structurele indexatie van de zorgtarieven van eminent belang is voor de realisatie van duurzame kostendekkende tarieven.

De uiteindelijke tariefstructuur bestaat uit een basistarief, een inzendingstarief en een tarief voor medisch toerisme. Het basistarief fungeert als maximumtarief en omvat componenten zoals overhead, personeelskosten, infrastructuur, verbruiksmaterialen en ligdagen. Het basistarief wordt gebaseerd op de kostprijs, aangevuld met een opslag voor onder andere loonindexatie en achterstallige investeringen en, indien van toepassing, verminderd met een afslag voor efficiencywinst. Het basistarief geldt voor SVB-verzekerden, lokaal particulier verzekerden en ongedocumenteerden. Het inzendingstarief is bestemd voor patiënten uit de voormalige Nederlandse Antillen en bestaat uit het basistarief vermeerderd met een opslag. Het tarief voor medisch toerisme geldt voor alle overige internationale patiënten en omvat eveneens het basistarief plus een opslag.

Ter waarborging van de representativiteit van de kostenonderzoeken is in overleg met de SVB bepaald dat minimaal twee derde van de zorgaanbieders binnen een sub-sector gegevens moet aanleveren voordat een tarief kan worden vastgesteld. De verplichting tot aanlevering van data door de zorgaanbieders is opgenomen in de ontwerp-landsverordening. Op termijn wordt beoogd een landelijk digitaal platform te ontwikkelen waarop zorgaanbieders, verzekeraars, cliënten en het ministerie van GMN zijn aangesloten. De data die via dit platform wordt verzameld, zal een essentiële basis vormen voor toekomstig zorgbeleid.

2.3 Gehele bekostigingssystematiek laboratoriumdiagnostiek in Curaçao

2.3.1 Algemeen

De bekostiging van laboratoriumdiagnostiek op Curaçao is thans grotendeels gebaseerd op een combinatie van het *Fee-for-Service* (FFS)-model en vaste tarieven. In dit systeem fungeert het laboratorium als zorgaanbieder, terwijl huisartsen en medisch specialisten optreden als zorgaanvragers. Voor elke verrichte laboratoriumtest uit de verrichtingenlijst ontvangt het laboratorium een vaste vergoeding. Het FFS-model richt zich uitsluitend op de zorgaanbieder en prikkelt de zorgaanvrager niet tot doelmatig aanvraaggedrag. Omdat elke afzonderlijke test als prestatie wordt gedeclareerd, ontstaat een volumeafhankelijk verdienmodel dat laboratoria stimuleert tot het maximaliseren van het aantal uitgevoerde testen. Dit creëert een reëel risico op overproductie.

In de bijlage bij het Landsbesluit Medische Tarieven Sociale Verzekeringen 2001 (Lbmtsv) zijn drie afzonderlijke tarieftabellen opgenomen voor laboratoriumzorg: één voor laboratoria, één voor klinieken en één voor Curaçao Medical Center, voorheen het Sint Elisabeth Hospitaal (SEHOS). Voor de invoering van de Landsverordening basisverzekering ziektekosten (Lvbz) werkte de Sociale Verzekeringsbank (SVB) uitsluitend samen met het Analytisch Diagnostisch Centrum (ADC) voor poliklinische laboratoriumbepalingen.

Met de invoering van de Lvbz werd op grond van artikel 12.6, tweede lid, bepaald dat ook andere laboratoria als medewerkend laboratorium konden worden toegelaten. Deze uitbreiding leidde tot uiteenlopende tarieftabellen met verschillende omschrijvingen en tarieven voor identieke laboratoriumtesten. Ter bevordering van de doelmatigheid en transparantie zijn de tabellen destijds samengevoegd tot één uniforme lijst. Daarbij zijn uitsluitend verrichtingen met identieke omschrijvingen geharmoniseerd; verrichtingen die inhoudelijk overeenkwamen maar anders waren geformuleerd, bleven als afzonderlijke posten bestaan. De lijst is sinds 2001 niet geactualiseerd en daardoor sterk verouderd. Dit heeft geleid tot het handhaven van achterhaalde testen, het ontbreken van moderne diagnostische bepalingen en het ontstaan van een onoverzichtelijke lijst met dubbele of gelijksoortige posten waarvoor verschillende tarieven gelden.

Voor medische laboratoriumdiagnostiek in het ziekenhuis geldt een afwijkende bekostigingsmethodiek. Deze diagnostiek wordt gefinancierd via het vaste ziekenhuisbudget. De SER constateert echter dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg, vanwege een impasse tussen het Curaçao Medical Center (CMC) en het ADC over de hoogte en rechtmatigheid van laboratoriumkosten, heeft besloten het laboratoriumbudget van CMC voor SVB-patiënten over te hevelen naar het ADC. Hierdoor draagt CMC niet langer de budgetverantwoordelijkheid voor laboratoriumkosten van SVB-verzekerden. Deze constructie leidt ertoe dat de opbrengsten voor het uitvoerende laboratorium (ADC) vooraf gegarandeerd zijn en prikkels voor doelmatige aanvraaggedrag ontbreken bij de medisch specialisten van CMC.

Daarnaast kent de huidige bekostigingsstructuur een aantal bredere knelpunten. De laboratoriumverrichtingenlijst is moeilijk beheersbaar, wat leidt tot administratieve complexiteit en een gebrek aan transparantie. Tevens bestaat het risico dat laboratoria structureel het hoogste beschikbare tarief declareren uit de tarieftabellen, wat de kosten verder verhoogt. Een belangrijk aandachtspunt is dat het ADC geen aparte vergoeding ontvangt voor de 24/7-beschikbaarheid ten behoeve van ziekenhuisdiagnostiek, terwijl deze continuïteit essentieel is voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Daarnaast bevatten laboratoriumpakketten vaak meerdere testen, terwijl in de praktijk slechts één test nodig is. Echter, worden alle testen in het pakket toch uitgevoerd en gedeclareerd. Dit leidt tot inefficiënte zorgverlening en onnodige kosten.

Verder creëert de wettelijke inbedding van het huidige systeem een ongelijk speelveld tussen laboratoria. Sommige laboratoria kunnen zich beperken tot het uitvoeren van economisch rendabele testen en minder winstgevendende bepalingen uitbesteden, terwijl andere laboratoria verplicht zijn het volledige palet aan diagnostiek aan te bieden.

Hoewel de FFS-systematiek bijdraagt aan de stijging van laboratoriumkosten, erkent de SER dat ook structurele en demografische factoren een rol spelen. De groeiende prevalentie van chronische aandoeningen, de demografische vergrijzing en de wijze waarop de zorg is georganiseerd, leiden tot een toenemende vraag naar diagnostisch onderzoek. Gelet op deze ontwikkelingen is herziening van de bekostigingsstructuur voor laboratoriumdiagnostiek noodzakelijk. Een toekomstbestendig systeem vereist heldere beleidskaders, transparante en actuele tariefvorming en een evenwichtige verdeling van verantwoordelijkheden en prikkels tussen laboratoria, zorgaanvragers en zorgverzekeraars. Hiermee kan worden toegewerkt naar een doelmatige, betaalbare en kwalitatief hoogwaardige diagnostiek binnen de Curaçaose zorgsector.

Om deze herziening van zowel de verrichtingenlijst als de bijbehorende vergoedingsstructuur te realiseren, heeft de minister van Gezondheid, Milieu en Natuur in november 2023 de werkgroep Verrichtingenstelsel en Diagnostiek Laboratoria ingesteld. Deze werkgroep kreeg de opdracht om, in nauwe samenwerking met vertegenwoordigers van alle laboratoria op Curaçao, de bestaande lijst volledig te herzien en de daarbij behorende maximale tarieven voor door de SVB bekostigde laboratoriumverrichtingen aan te passen in lijn met maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Bij de herziening heeft de werkgroep – in overleg met de betrokken laboratoria – gebruikgemaakt van de lijst Medische Laboratoriumdiagnostiek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze NZa-lijst wordt jaarlijks geactualiseerd in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van medische specialisten en omvat de meest gangbare laboratoriumtesten die in Nederland door artsen worden aangevraagd.

2.3.2 Voorgestelde wijzigingen in bekostigingssystematiek laboratoriumdiagnostiek

In het kader van de actualisatie van de lijst Medische Laboratoriumdiagnostiek heeft de werkgroep een nieuwe tarievenstructuur voorgesteld. Volgens de toelichtende nota biedt deze systematiek verschillende voordelen ten opzichte van de huidige structuur. Een belangrijk verbeterpunt is de introductie van een onderscheid tussen een ordertarief en een bepalingstarief. In de bestaande tarievenstructuur wordt geen onderscheid gemaakt tussen de kosten van het plaatsen van een order voor laboratoriumonderzoek en de daadwerkelijke uitvoering daarvan. De nieuwe tarievenstructuur voorziet daarom in drie⁵⁷ categorieën ordertarieven: een ordertarief zonder bloedafname, een ordertarief met centrale bloedafname en een ordertarief met decentrale of thuisbloedafname.

Daarnaast wordt expliciet onderscheid gemaakt tussen huisartsenlaboratoria en ziekenhuislaboratoria, aangezien deze in hun functioneren en koststructuur op enkele punten van elkaar verschillen. In dit verband vormt de invoering van een 24/7-beschikbaarheidstarief voor ADC een essentieel onderdeel van de voorgestelde systematiek. Dit tarief omvat een voorschot voor de beschikbaarheid buiten reguliere kantooruren, waarna de werkelijke kosten van deze beschikbaarheid halfjaarlijks worden verrekend.

Een bewuste keuze in het voorstel is dat transportkosten voor de uitbesteding van laboratoriumonderzoek in het buitenland niet zijn opgenomen in de tarieven. Hiermee beoogt de werkgroep de bundeling van diagnostische pakketten te stimuleren, onder voorwaarde dat hiervoor toestemming van de SVB wordt verkregen. Volgens de werkgroep bestaat bij uitbesteding geen verplichting tot samenwerking met specifieke Nederlandse laboratoria, hoewel dit in de toekomst mogelijk kan wijzigen.

De bepalingstarieven zijn vastgesteld als maximumtarieven en zijn gebaseerd op NZa-tarieven, aangevuld met verschillende omrekeningsfactoren. Deze omrekeningsfactoren dienen de NZa-tarieven aan te passen aan de situatie in Curaçao en omvatten invoerkosten, transportkosten voor experts en expertise, personeelskosten, cost of capital en efficiëntie. Uit de nota van toelichting blijkt dat de keuze om NZa-tarieven in combinatie met de omrekeningsfactoren als werkwijze voor de bepaling van de bepalingstarieven in samenspraak met de laboratoria is gemaakt. Voor de omrekeningsfactor personeelskosten zijn de gebruteerde personeelskosten inclusief werkgeverslasten als uitgangspunt genomen en is een vergelijking gemaakt tussen de Nederlandse en Curaçaose brutosalarissen exclusief werkgeverslasten. Bij de omrekeningsfactor efficiëntie wordt berekend hoeveel testen per fte jaarlijks worden uitgevoerd. De inefficiëntiecoëfficiënt wordt bepaald volgens de formule '1 minus de efficiëntie per jaar per fte', hetgeen leidt tot een realistischer inschatting van de personeelsbehoefte en een accurate toerekening van kosten.

Uit de nota van toelichting blijkt dat het voornemen bestaat om de zorgtarieven opgenomen in de nieuwe tarievenstructuur jaarlijks te indexeren. De werkgroep acht de jaarlijkse indexatie van de NZa-tarieven, die publiekelijk beschikbaar zijn, een geschikt instrument voor de SVB om deze tarieven jaarlijks te actualiseren en indien nodig aan te passen.

Volgens de nota van toelichting is het overheidsbeleid gericht op een structurele vermindering van de laboratoriumkosten, aangezien het aandeel van deze kosten in de totale zorguitgaven op Curaçao aanzienlijk hoger ligt dan in vergelijkbare landen en circa vijfmaal hoger dan in Nederland. Om de impact van een ongewijzigde tarievenstructuur en laboratoriumverrichtingenlijst op de toekomstige kosten inzichtelijk te maken, heeft de werkgroep een prognose opgesteld van de laboratoriumkosten voor het jaar 2027 bij ongewijzigd beleid. Deze prognose is gebaseerd op de gerealiseerde kosten in voorafgaande jaren. Uit de nota van toelichting volgt dat de regering met deze nieuwe tarievenstructuur beoogt kostendekkende zorgtarieven te realiseren die passen binnen door de regering gestelde budgettaire kaders.

Samengevat biedt de voorgestelde tarievenstructuur een gedifferentieerd, transparant en doelmatig kader voor de financiering van laboratoriumdiagnostiek. Door een helder onderscheid te maken tussen order- en bepalingskosten, het opnemen van beschikbaarheidstarieven en het hanteren van jaarlijks geïndexeerde

⁵⁷ Het gaat om drie categorieën in plaats van vier. In de nota van toelichting is per abuis vier categorieën aangegeven waarvan de vierde onjuist is.

NZa-tarieven in combinatie met relevante omrekeningsfactoren, ontstaat een solide basis voor kostenbeheersing en rationeel beheer van laboratoriumonderzoek op Curaçao.

2.4 Beoordeling voorgestelde prijsstellingen prijsregulering voor de laboratoriumdiagnostiek

2.4.1. Beoordeling toegepaste tariefbepalingsprocedure

Uit de nota van toelichting blijkt dat de werkgroep alle relevante partijen heeft betrokken bij het bepalingproces. De vertegenwoordigers van alle laboratoria alsmede SVB en de Inspectie van de gezondheidszorg hebben deelgenomen aan het tariefbepalingsproces. Hieruit concludeert de SER dat de werkgroep beoogde collectieve onderhandelingen toe te passen met als doel uniforme kostendekkende maximumtarieven vast te stellen die van toepassing zijn voor alle laboratoria. Echter, constateert de SER dat in de praktijk de toegepaste tariefbepalingsproces karakteristieken vertoont van zowel individuele onderhandeling als van eenzijdige prijsstelling. De geïdentificeerde karakteristieken van individuele onderhandeling zijn onder andere het feit dat slechts twee laboratoria gegevens hebben verstrekt aan de werkgroep ten behoeve van de berekening van de omrekeningsfactoren. Als gevolg hiervan is de economische onderbouwing van de berekening van de omrekeningsfactoren niet inzichtelijk voor het bredere publiek aangezien deze informatie als bedrijfsgevoelige informatie is aangemerkt. De SER is van mening dat ingeval uniforme tarieven voor alle laboratoria worden vastgesteld de economische onderbouwing voor de bredere publiek beschikbaar moet zijn ten behoeve van transparantie. De SER merkt verder op dat een zorgvuldige tariefbepaling vergt dat de onderliggende economische data actueel, representatief en controleerbaar zijn. Deze vereisten zijn niet slechts beleidsmatig wenselijk, maar vloeien ook voort uit recente bestuursrechtelijke jurisprudentie. Zo heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) in Nederland geoordeeld dat een zorgautoriteit bij tariefvaststelling verplicht is om te onderzoeken of de gehanteerde tarieven, gelet op kostenontwikkelingen en sectorale signalen, nog kostendekkend zijn. Indien dit onderzoek ontbreekt of louter is gebaseerd op verouderde gegevens, is de tariefvaststelling onrechtmatig wegens strijd met de zorgvuldigheids- en motiveringsplicht.⁵⁸ Deze uitspraak bevestigt dat toezichthouders—ook in kleine markten of bij tijdelijke tariefregimes—geen tarieven mogen opleggen die evident onvoldoende aansluiten bij de werkelijke kostenstructuur van zorgaanbieders. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor Curaçao: wanneer maximumtarieven worden vastgesteld op basis van slechts gedeeltelijke kostendata en zonder transparante economische onderbouwing, ontstaat het risico dat deze tarieven bij rechterlijke toetsing niet kunnen worden gedragen.⁵⁹

De SER kan zich vinden in de redenen waarvoor is gekozen om de economische onderbouwing niet publiekelijk beschikbaar te maken, maar wil de minister in overweging geven om de economische onderbouwing ten minste op hoofdlijnen te beschrijven voor zover mogelijk.

De geïdentificeerde karakteristieken van een eenzijdige tariefbepaling zijn onder andere de keuze voor de grondslag van de bepalingstarieven (NZa-tarieven aangevuld met omrekeningsfactoren) en de selectie van de relevante omrekeningsfactoren. Naar het oordeel van de laboratoria was de keuze voor toepassing van NZa-tarieven als vertrekpunt bij de berekening van de bepalingstarieven niet echt in samenspraak genomen maar meer een eenzijdige beslissing van de werkgroep. De laboratoria zouden liever een kostprijsanalyse als grondslag willen voor de tariefbepaling van de bepalingstarieven. Daarnaast zouden de laboratoria hebben betoogd voor een uitbreiding van de omrekeningsfactoren die volgens hun een betere weergave zou

⁵⁸ College van Beroep voor het bedrijfsleven, 13 december 2023, ECLI:NL:CBB:2023:741 (Huisartsentarieven NZa).

⁵⁹ Ibidem; zie tevens de latere uitspraak: College van Beroep voor het bedrijfsleven, 18 november 2025, ECLI:NL:CBB:2025:421.

geven van de Curaçaose situatie. Echter, is volgens de laboratoria geen tot weinig gehoor gegeven aan hun standpunten aangaande de omrekeningsfactoren en grondslag van de bepalingstarieven.

Een ander geïdentificeerd kenmerk van een eenzijdige tariefbepaling is dat de werkgroep heeft aangegeven dat de voorgestelde tarievenstructuur van tijdelijke karakter zal zijn. De voorgestelde tarieven zijn voorlopige tarieven totdat de Curaçaose Zorgautoriteit overgaat tot bepaling van de zorgtarieven. Echter, tot de verassing van de laboratoria is in het ontwerp-landsbesluit en de nota van toelichting nergens melding gedaan van de tijdelijke aard van de voorgestelde tarievenstructuur. Hieruit concluderen de laboratoria dat de werkgroep eenzijdig heeft besloten het voorlopige karakter van de tarievenstructuur te wijzigen in een definitieve tarievenstructuur. De SER stelt vast dat deze handelswijze in strijd is met gerechtvaardigd gewekte verwachtingen (het vertrouwensbeginsel).

De SER wil benadrukken dat als de minister ten doel heeft de invoering van een nieuwe tarievenstructuur via een collectieve onderhandeling met de relevante stakeholders, dan dient het beoogd tariefbepalingsproces in de praktijk ook als zodanig te geschieden. Een succesvolle invoering van de nieuwe tarievenstructuur vereist dat deze tarievenstructuur niet alleen gedragen wordt door de SVB en de Inspectie van de Gezondheidszorg maar ook door de laboratoria.

2.4.2. Beoordeling voorgestelde tarievenstructuur

De SER onderkent dat in het kader van de herziening van de tarievenstructuur voor medisch laboratoriumdiagnostiek op Curaçao de werkgroep een traject heeft doorlopen dat gekenmerkt wordt door complexe belangen en uiteenlopende standpunten van stakeholders. Hoewel de voorgestelde tarieven formeel gelden als wettelijk maximumtarieven, functioneren zij in de praktijk als vaste tarieven. Dit komt doordat de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die optreedt als zorgverzekeraar, geen onderhandelingen voert met de verschillende laboratoria over prijsafspraken of tariefdifferentiatie.

Tijdens de consultatiesessies van de laboratoria met de SER hebben de laboratoria zich kritisch opgesteld ten aanzien van de voorgestelde tarievenstructuur, met uitzondering van de invoering van ordertarieven. De invoering van de ordertarieven is gedurende de consultatie met de SER door alle laboratoria beschouwd als in lijn met het Curaçaose structuurkenmerk, waarbij laboratoriumtesten in verschillende prikcentra worden verricht.

De kritische kanttekeningen van de laboratoria hadden betrekking op onder andere het karakter van de voorgestelde tarieven, het gebruik van NZa-tarieven als de grondslag voor de bepalingstarieven en de omrekeningsfactoren. De bovengenoemde aspecten zullen hieronder in het kort worden toegelicht.

NZa-tarieven als grondslag voor de bepalingstarieven

In het kader van de herziening van de tarieven voor medische laboratoriumdiagnostiek is voorgesteld de Nederlandse NZa-tarieven als uitgangspunt te hanteren voor de bepaling van de testtarieven, aangevuld met omrekeningsfactoren om rekening te houden met de lokale context. Alle betrokken laboratoria hebben echter aangegeven dat hun voorkeur uitgaat naar een tariefssystematiek die gebaseerd is op een integrale kostprijsberekening in plaats van op NZa-tarieven. Naar hun oordeel leidt een systematiek waarin NZa-tarieven worden gecombineerd met omrekeningsfactoren niet tot een correcte weergave van de werkelijke kostenstructuur op Curaçao.

Ter onderbouwing van dit standpunt hebben MLS en LABdeMED een externe expert ingeschakeld om een integrale kostprijsberekening uit te voeren. De resultaten hiervan zijn op 18 juli 2025 aangeboden aan de minister van GMN, als onderdeel van een formeel verzoek tot herziening van de voorgestelde tarieven.

Indien de NZa-tarieven toch als vertrekpunt worden gehanteerd, dient eerst helderheid te worden verkregen over de wijze waarop deze tarieven worden toegepast. Hierbij rijst de vraag of gebruik moet worden gemaakt

van de NZa-tarieven van het voorafgaande jaar, dan wel of de tarieven van 2025 voor een bepaalde periode moeten worden gefixeerd. In dit laatste scenario zouden de tarieven periodiek worden herzien op basis van noodzakelijke aanpassingen, aangevuld met een lokale indexatie volgens Curaçaose maatstaven.

Daarnaast moet expliciet worden vastgesteld in hoeverre de Nederlandse inflatiecorrectie, die onderdeel vormt van de jaarlijkse indexatie van NZa-tarieven, overeenkomt met de economische realiteit op Curaçao. Indien de lokale omstandigheden significant afwijken, kan een aanvullende of alternatieve indexatiemethodiek noodzakelijk zijn om een passende en evenwichtige tariefontwikkeling te waarborgen.

Uit voorlopige berekeningen verricht door de laboratoria blijkt dat toepassing van de voorgestelde tarievenstructuur, zonder adequate correcties voor lokale kostenfactoren, zou leiden tot een daling van de inkomsten van de laboratoria met naar schatting dertig tot veertig procent. Deze potentiële impact onderstreept de noodzaak van een zorgvuldige onderbouwing van de gehanteerde percentages en bedragen binnen de voorgestelde systematiek, aangezien een dergelijke vermindering van inkomsten substantiële gevolgen kan hebben voor de continuïteit en kwaliteit van laboratoriumdiagnostiek op Curaçao.

Omrekeningsfactoren

Bij de beoordeling van het voorstel om omrekeningsfactoren te hanteren als onderdeel van de bepaling van de laboratoriumtarieven is gebleken dat een aantal relevante aannames niet of slechts gedeeltelijk in de systematiek is verwerkt. Een belangrijk knelpunt betreft de aankoopkosten van materialen en apparatuur. Deze liggen op Curaçao substantieel hoger dan in Nederland, onder meer omdat lokale laboratoria niet in Europa mogen inkopen en daardoor zijn aangewezen op regionale leveranciers. Dit creëert tevens een situatie van *vendor locking*, waardoor zowel de aanschaf- als onderhoudskosten structureel hoger uitvallen dan in de Nederlandse context waarop de NZa-tarieven zijn gebaseerd.

Daarnaast is in de voorgestelde omrekeningsfactoren onvoldoende rekening gehouden met de dynamiek in de activa van laboratoria. De aanwezige inventaris vertoont aanzienlijke jaarlijkse mutaties, wat betekent dat de *weighted average cost of capital* afzonderlijk moet worden berekend om de kapitaalslasten op een realistische wijze te kunnen verwerken. De huidige omrekeningsmethodiek houdt hier geen expliciet rekening mee. Evenmin is aandacht besteed aan de effecten van het aantal laboratoria en de daaruit voortvloeiende capaciteitsverdeling. Curaçao kent drie grote laboratoria met een omvangrijke infrastructuur, hetgeen binnen een relatief klein zorgvolume leidt tot overcapaciteit, inefficiëntie en hogere kosten per test. In dit kader benadrukt de SER het belang van een onderzoek naar de capaciteit van de medische laboratoriumdiagnostiek op Curaçao. De SER heeft deze aanbeveling eerder gedaan in het advies van 5 november 2024.⁶⁰

Een ander aandachtspunt betreft het uitgangspunt van bulkinkoop dat mede ten grondslag ligt aan de NZa-tarieven, met name voor de eerstelijnslaboratoria. Dit uitgangspunt is niet zonder meer toepasbaar op Curaçao vanwege schaalverschillen en de beperkingen in de inkoopkanalen. De omrekeningsfactoren bieden op dit punt geen afdoende correctie.

Daarbij komt dat het transponeringsmodel dat de relatie tussen de bestaande en de nieuwe lijst van laboratoriumverrichtingen moet verduidelijken nog niet is gepubliceerd. Hierdoor zijn laboratoria niet in staat om volledige impactanalyses uit te voeren en blijft onduidelijk welke tarieven op welke verrichtingen van toepassing zullen zijn. Tevens moet worden onderkend dat de laboratoriumsector de enige zorgsector op Curaçao is waarin certificering verplicht is. De hiermee gepaard gaande kosten worden in de huidige

⁶⁰ Advies inzake de conceptlandsbestuit, houdende algemene maatregelen, tot wijziging van het Landsbesluit verstrekkingen basisverzekering ziektekosten 2014 (zaaknummer 2024020614; referentienummer 073/SER-2024.)

omrekeningsfactoren niet afzonderlijk gecompenseerd, terwijl deze kosten een structureel onderdeel vormen van de bedrijfsvoering en dus in de tariefvorming dienen te worden meegenomen.

De omrekeningsfactoren in het huidige voorstel zijn afgeleid uit vertrouwelijke gegevens van MLS en ADC en volgens de werkgroep is weldegelijk rekening gehouden met de elementen zoals personele inefficiëntie, automatiseringsgraad, *vendor locking*, hogere inkoopkosten en kapitaalslasten. Omdat deze gegevens niet volledig openbaar kunnen worden gemaakt, ontbreekt een transparante externe verantwoording. De werkgroep heeft daarom gekozen voor een gemiddelde benadering van de cijfers van beide laboratoria en beschouwt dit gemiddelde als representatief voor de sector. Volgens de werkgroep zijn de bijbehorende cijfers en percentages door de voorzitter van de werkgroep op 7 november 2024 schriftelijk gecommuniceerd aan de laboratoria.

Karakter voorlopige tarieven

Het uitgangspunt van het tariefbepalingsproces was dat de vastgestelde tarieven uitsluitend een voorlopig karakter zouden hebben. ADC heeft ingestemd met het gebruik van de NZa-tarieven als vertrekpunt, maar uitsluitend onder de expliciete voorwaarde dat deze niet als definitieve tarieven zouden worden vastgesteld. Een definitieve adoptie van de NZa-tarieven zou door ADC niet zijn aanvaard. MLS en LABdeMED hebben zich nadrukkelijk verzet tegen het gebruik van NZa-tarieven als basis voor de Curaçaose tariefvorming, omdat de lokale omstandigheden op Curaçao in belangrijke mate afwijken van de Nederlandse context waarop deze tarieven zijn gebaseerd.

Ontbreken van kadernota declaratieregels

Een wezenlijk tekort in het huidige systeem is, volgens de laboratoria, het ontbreken van een kadernota waarin de declaratieregels voor de toepassing van de tarieven zijn vastgelegd. Een dergelijk beleidskader zou duidelijkheid moeten verschaffen over onder meer de testen die voor declaratie in aanmerking komen, het maximaal aantal declaraties per dag, de toegestane frequentie van routinematige onderzoeken en het onderscheid tussen laboratoriumdiagnostiek binnen ziekenhuizen en die in de eerstelijns- en tweedelijnszorg. In afwezigheid van deze kaders blijven onduidelijkheid en inconsistentie bestaan in zowel de uitvoering als de declaratiepraktijk. Bij navraag bij de SVB blijkt dat de organisatie al jarenlang gebruikmaakt van declaratieregels. De SVB geeft aan dat de declaratieregels na de invoering van de nieuwe tarieven ongewijzigd ("as is, where is") blijven en vervolgens geleidelijk zullen worden aangepast. De declaratieregels met betrekking tot het aantal testen per dag (tijdseenheid) zijn uitsluitend van toepassing op laboratoriumtesten voor het ziekenhuis. Voor ziekenhuizen gelden afzonderlijke declaratieregels die worden gefinancierd via budgetafspraken. Hiervoor stelt de SVB een vast budget beschikbaar. De declaratieregels worden in dit kader uitsluitend gebruikt om te beoordelen of het beschikbare budget toereikend is.

Volgens de laboratoria dient in procedurele zin eerst de lijst van verrichtingen te worden vastgesteld, inclusief de bijbehorende facturatieregels voor verantwoord medisch laboratoriumonderzoek. Pas wanneer deze basis is geformaliseerd, kan op zorgvuldige wijze worden overgegaan tot het bepalen van de daarbij behorende tarieven.

Overige kanttekeningen

Een belangrijk aandachtspunt binnen de voorgestelde tariefsystematiek betreft de honorering van laboratoriumspecialisten, die thans is geïntegreerd in het algemene testtarief. Gezien het beperkte aantal specialisten op Curaçao en de noodzaak om 24/7-diensten te waarborgen, is het noodzakelijk een afzonderlijk dienstentarief en consulttarief te introduceren. Deze tarieven dienen tevens vergoeding te bieden voor multidisciplinaire vergaderingen en patiëntbesprekingen, overeenkomstig de systematiek van de Nederlandse NZa-tarieven. De urgentie hiervan is toegenomen doordat de expatregeling wordt ingekort, waardoor eerder beschikbare tijdelijke compensaties voor laboratoriumspecialisten komen te vervallen. Bij navraag bij de SVB blijkt dat de organisatie regels hanteert voor de vergoeding van het honorarium van medische specialisten die werkzaam zijn in het CMC. De regels zijn als volgt:

- Inhouse medische specialisten worden vergoed voor 85% van de loonkosten, inclusief werkgeverslasten. Dit percentage van 85% correspondeert met het aandeel van BVZ-patiënten in het totaal aantal patiënten.
- Medische specialisten die werkzaam zijn in het CMC, maar ook buiten het CMC opereren, dienen vergoed te worden uit het tarief van de medische behandeling die zij uitvoeren.
- Medische laboratoriumspecialisten vallen onder de categorie van specialisten die ook buiten het CMC werkzaam kunnen zijn. Hun honorarium wordt daarom vergoed uit de reguliere tarieven van de laboratoriumdiagnostiek en komt niet in aanmerking voor de 85%-vergoeding van de loonkosten inclusief werkgeverslasten.

Voor een zorgvuldige uitvoering en doorontwikkeling van de tariefsystematiek is het wenselijk dat de evaluatie van de tarieven jaarlijks wordt uitgevoerd door een onafhankelijke autoriteit, bij voorkeur de toekomstige Curaçaose Zorgautoriteit, en niet door de SVB. Deze evaluatie dient niet uitsluitend te worden gebaseerd op kostenontwikkelingen, maar ook op inhoudelijke en kwaliteitsgerelateerde criteria, om zo een evenwichtige beoordeling van de tarievenstructuur te waarborgen.

Daarnaast heeft het CMC geen betrokkenheid gehad bij de totstandkoming van de voorgestelde tarievenstructuur en kan daarom geen inhoudelijk oordeel vormen over de voorgestelde lijst van verrichtingen en bijbehorende tarieven. Voor een verantwoorde invoering van zowel de nieuwe tarieven als de vernieuwde verrichtingenlijst is het essentieel dat tijdige en inhoudelijke consultatie met het CMC plaatsvindt, zodat de vakgroepen hun expertise kunnen inbrengen en eventuele vragen kunnen worden beantwoord.

Het CMC benadrukt voorts dat de budgetverantwoordelijkheid primair dient te liggen bij de aanvrager van laboratoriumonderzoek. Dit betekent dat de medische specialist die de test aanvraagt, verantwoordelijk moet worden gehouden voor de daaruit voortvloeiende kosten. Een dergelijke systematiek bevordert een doelmatige en verantwoorde inzet van laboratoriummiddelen en draagt bij aan het tegengaan van overdiagnostiek.

De werkgroep heeft erop gewezen dat de representativiteit binnen het traject is gewaarborgd, aangezien MLS en ADC gezamenlijk meer dan 65 procent van de laboratoriumdiagnostiek op Curaçao uitvoeren. Verder is de werkgroep van mening dat de onderlinge verhouding tussen de tarieven behouden blijft, waardoor de tarieven marktconform zijn. Bovendien wordt de relatief lagere efficiëntie op Curaçao deels gecompenseerd door lagere salariskosten, waardoor de verschillende omrekeningsfactoren elkaar in belangrijke mate neutraliseren.

2.4.3. Beoordeling voorgestelde prijsstelling en prijsregulering op 'fair balance'

Wanneer de overheid wettelijke maximumtarieven voor laboratoriumdiagnostiek wijzigt en deze tarieven in de praktijk functioneren als vaste tarieven, kan dit gevolgen hebben voor de inkomsten van laboratoria. In dat geval rijst de vraag of een dergelijke tariefaanpassing in overeenstemming is met het eigendomsrecht zoals beschermd door artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) en artikel 16 van de Staatsregeling. Gelet op het feit dat artikel 16 van de Staatsregeling voornamelijk bescherming biedt in geval van onteigening van eigendom en niet voor andere vormen van beperking van het gebruik van eigendom, zal in deze paragraaf slechts aandacht besteed worden aan de toetsing volgens de EVRM. De regeling van de EVRM biedt een bredere bescherming van het eigendomsrecht vergeleken met de Staatsregeling van Curaçao.

Het EVRM beoordeelt een mogelijke schending aan de hand van het driestappenmodel, bestaande uit de vaststelling van eigendom, de kwalificatie van de inmenging en de beoordeling van de *fair balance* tussen het algemeen belang en de individuele last van de betrokken onderneming. Het uitgangspunt is dat ook

ondernemingen zich kunnen beroepen op de bescherming van artikel 1 EP1. Voor laboratoria geldt dat hun economische belangen, waaronder het recht op inkomsten uit dienstverlening binnen een wettelijk tariefregime en het recht op uitoefening van een laboratorium op basis van een verleende vergunning, kunnen worden beschouwd als eigendom in de zin van het verdrag. Het Hof hanteert een ruime interpretatie van het eigendomsbegrip, die niet enkel fysieke zaken omvat, maar ook economische aanspraken en exploitatierechten die een concrete vermogenswaarde vertegenwoordigen. In de zaak *Tre Traktörer Aktiebolag*⁶¹ werd een horecavergunning aangemerkt als eigendom, omdat deze essentieel was voor het verdienmodel van de betrokken onderneming. Op vergelijkbare wijze kan het recht om diagnostische diensten te verrichten tegen gereguleerde tarieven, waarop bedrijfsmodellen en investeringsbeslissingen zijn gebaseerd, worden beschouwd als een beschermd economisch bezit. Hoewel de tarieven formeel maximprijzen zijn, is het in de praktijk vaak zo dat laboratoria uitsluitend tegen deze tarieven declareren. Daarmee ontstaat naar verwachting een gerechtvaardigd en concreet economisch belang dat bescherming geniet onder artikel 1 EP1.

De tweede stap van de toetsing betreft de kwalificatie van de inmenging. In het geval van tariefaanpassingen is doorgaans geen sprake van een onteigening, aangezien de onderneming haar activa behoudt. De inmenging betreft veeleer een regulering van het gebruik van eigendom, waarbij de activa en vergunning behouden blijven, maar de economische waarde daarvan wordt beïnvloed doordat de opbrengsten per dienst worden verlaagd. In sommige gevallen kan een dergelijke maatregel ook worden aangemerkt als een algemene inmenging in de uitoefening van het eigendomsrecht, vergelijkbaar met belastingheffing of prijsregulering. Het EHRM heeft in *Sporrong en Lönnroth*⁶² benadrukt dat ook langdurige onzekerheid en zware gebruiksbeperkingen zonder formele onteigening onder artikel 1 EP1 vallen, indien zij de uitoefening van eigendomsrechten feitelijk aantasten.

Het zwaartepunt van de beoordeling ligt bij de derde stap: de toets aan de *fair balance*. Daarbij wordt onderzocht of het algemeen belang dat met de maatregel wordt gediend in redelijke verhouding staat tot de last die deze maatregel voor de betrokken ondernemingen veroorzaakt. Bij de beoordeling of aan deze vereiste is voldaan, erkent het Hof dat de Staat een ruime beoordelingsvrijheid (*margin of appreciation*) geniet, zowel bij de beleidskeuze als bij de afweging of de gevolgen gerechtvaardigd zijn in het algemeen belang met het oog op het bereiken van het doel van de betreffende wet. Tariefregulering kan in beginsel een legitiem doel dienen, zoals het waarborgen van betaalbare en toegankelijke zorg, het beheersen van collectieve zorguitgaven of het bevorderen van doelmatigheid in de gezondheidszorg. Het Hof erkent dergelijke beleidsdoelen doorgaans als legitiem in de zin van artikel 1 EP1.

De kernvraag is of de maatregel een disproportionele last oplegt aan de betrokken laboratoria. De laboratoria hebben de verlaging van tarieven geschat op 30 à 40 procent, hetgeen naar verwachting directe gevolgen voor de financiële continuïteit van deze instellingen zal hebben en de kern van hun bedrijfsvoering kan raken. In *Pressos Compania Naviera*⁶³ oordeelde het Hof dat het plotseling wegnemen van bestaande aanspraken zonder enige vorm van compensatie disproportioneel was. Daarentegen achtte het Hof in *Fredin*⁶⁴ een milieumaatregel met aanzienlijke financiële gevolgen wel toelaatbaar, omdat het doel zwaarwegend was en een overgangsperiode was voorzien. Deze jurisprudentie onderstreept dat de proportionaliteit in sterke mate afhangt van de specifieke omstandigheden, zoals de voorspelbaarheid van de maatregel, de aanwezigheid van overgangsregelingen of flankerend beleid en de mogelijkheid voor ondernemingen om hun kostenstructuren aan te passen.

De procedurele waarborgen vormen een essentieel onderdeel van de proportionaliteitstoets. In *Capital Bank AD*⁶⁵ benadrukte het Hof dat ondernemingen de mogelijkheid moeten hebben om hun belangen kenbaar te maken en zich te verdedigen tegen overheidsmaatregelen die hun eigendomsrechten aantasten. Toegepast

⁶¹ *Tre Traktörer Aktiebolag* / Zweden, EHRM-arresten (Application no. 10873/84), 7 juli 1989.

⁶² *Sporrong en Lönnroth* / Zweden, EHRM-arrest (zaak nr. 7151/75 en 7152/75), 23 september 1982.

⁶³ *Pressos Compania Naviera S.A. en anderen* / België, EHRM-arrest (Zaaknr. 17849/91), 20 november 1995.

⁶⁴ *Fredin* / Zweden, EHRM-arrest (zaak nr. 12033/86), 18 februari 1991.

⁶⁵ *Capital Bank AD* / Bulgarije, EHRM-arrest (zaak nr. 49429/99), 24 november 2005.

op de context van tariefregulering betekent dit dat laboratoria tijdig moeten worden geïnformeerd over voorgenomen wijzigingen, dat consultatieprocedures moeten plaatsvinden en dat de maatregelen aan rechterlijke toetsing moeten zijn onderworpen. Het ontbreken van dergelijke waarborgen kan ertoe leiden dat geen sprake is van een *fair balance*, ook wanneer het beleid op zichzelf legitiem is.

Bij de beoordeling van de proportionaliteit weegt bovendien de economische context zwaar. Indien laboratoria hun bedrijfsmodel jarenlang hebben ingericht op stabiele tarieven en substantiële investeringen hebben gedaan die slechts binnen een bepaald tariefniveau rendabel zijn, kan de verwachte plotselinge verlaging van 30 à 40 procent onevenredig uitpakken. Dit geldt te meer wanneer de laboratoria op korte termijn geen reële mogelijkheden hebben om hun kostenstructuur aan te passen of alternatieve inkomstenbronnen te ontwikkelen. In dat geval kan de maatregel neerkomen op het afwentelen van een disproportionele last op een beperkte groep marktpartijen, hetgeen volgens de rechtspraak van het Hof onverenigbaar is met artikel 1 EP1.

De proportionaliteitstoets onder artikel 1 Eerste Protocol EVRM vergt dat tussen het algemeen belang en de individuele last van laboratoria een *fair balance* wordt bewaard. De beoordeling daarvan wordt in aanzienlijke mate beïnvloed door de economische continuïteit van de betrokken instellingen én de procedurele waarborgen die gelden bij de vaststelling van tarieven. Een vergelijkbare situatie deed zich recentelijk in Nederland voor, waar het CBB oordeelde dat structureel te lage, niet-kostendekkende zorgtarieven die door de toezichthouder werden opgelegd, een onevenredige last vormden voor huisartsen en daarom niet in overeenstemming waren met het recht.⁶⁶ Het Hof benadrukte dat zonder actuele kostenonderbouwing, zonder reële mogelijkheid voor aanbieders om zich aan te passen en zonder compensatiemechanisme, van *fair balance* geen sprake kan zijn.⁶⁷ Deze jurisprudentie is rechtstreeks relevant voor de Curaçaose context. Indien de voorgestelde maximumtarieven voor laboratoriumdiagnostiek—die in de praktijk functioneren als vaste tarieven, ertoe leiden dat de laboratoria door wettelijke verplichtingen, investeringscycli en gecertificeerde kwaliteitsnormen niet in staat zijn om hun kostenstructuur aan te passen, dan ontstaat een situatie waarin de lasten van kostenbeheersing disproportioneel en exclusief worden afgewenteld op één kleine groep zorgaanbieders. Dit ligt evident buiten de *margin of appreciation* van de overheid. De SER acht het daarom noodzakelijk dat de proportionaliteit van de maatregel—materieel én procedureel—wordt herijkt, mede gelet op bovenvermelde jurisprudentie.

Alles afwegend kan worden geconcludeerd dat de aanpassing van maximumtarieven in de gezondheidszorg in beginsel binnen de ruime beoordelingsmarge van de staat valt en legitiem kan zijn vanuit het oogpunt van kostenbeheersing en doelmatigheid. Niettemin kan een forse en plotselinge tariefverlaging problematisch zijn indien de tariefverlaging naar verwachting de exploitatie van laboratoria wezenlijk onder druk zet en geen rekening houdt met hun gerechtvaardigde belangen. Een evenwichtige *fair balance* vereist dat het algemeen belang bij kostenbeheersing zorgvuldig wordt afgewogen tegen de economische continuïteit van de betrokken ondernemingen. Daarbij spelen factoren als de omvang van de tariefdaling, de aanwezigheid van overgangs- of compensatiemaatregelen, en de mate van procedurele zorgvuldigheid en inspraak een doorslaggevende rol. Ontbreken dergelijke waarborgen, dan bestaat een reëel risico dat het EHRM zal oordelen dat de vereiste balans ontbreekt en dat sprake is van een schending van artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM.

⁶⁶ College van Beroep voor het bedrijfsleven, 13 december 2023, ECLI:NL:CBB:2023:741.

⁶⁷ College van Beroep voor het bedrijfsleven, 18 november 2025, ECLI:NL:CBB:2025:421; vgl. EHRM Pressos Compania Naviera SA v Belgium (1995) Series A no 332; Fredin v Sweden (No. 1) (1991) Series A no 192.

2.5 Sociaaleconomische implicaties invoering nieuwe tarievenstructuur

2.5.1. Effect op uniformiteit van prijsstellingsmethodiek en prijsbepalingsprocedure

Het waarborgen van uniformiteit in de prijsstellingsmethodiek en prijsregulering is essentieel voor een transparante en efficiënte zorgsector. De huidige voorgestelde tarievenstructuur sluit niet aan bij de bestaande prijsstellingsmethodiek en prijsbepalingsprocedure in de zorgsector. Er ontbreekt een uniforme systematiek, onder meer doordat de nieuwe tarieven niet geleidelijk worden ingevoerd en er geen kostprijsberekening maar juist tarieven op basis van NZa-tarieven met bijbehorende omrekeningsfactoren is toegepast. Deze verschillen kunnen leiden tot inconsistenties in de financiële verantwoording, ongelijke prikkels voor zorgaanbieders en verminderde transparantie voor patiënten en toezichthouders. Het is daarom noodzakelijk om de tarievenstructuur te harmoniseren met de bestaande methodiek en geleidelijke invoering en kostprijsberekening consequent toe te passen. Het niet toepassen van de bestaande uniforme prijsstellingsmethodiek en prijsregulering binnen de zorgsector op de medisch laboratoriumsector vormt geen gerechtvaardigde uitzondering en kan mogelijk in strijd zijn met het gelijkheidsbeginsel.

2.5.2. Effect op solvabiliteit en liquiditeitspositie van de aanbieders van laboratoriumdiagnostiek

De voorgestelde tariefaanpassing voor laboratoriumdiagnostiek heeft naar verwachting significante gevolgen voor de financiële positie van de betrokken aanbieders. De sector heeft zelf een verwachte daling van de inkomsten tussen dertig en veertig procent aangegeven. De SER stelt vast dat de door de laboratoria geschatte verwachte inkomensdaling van circa 30–40% door de Raad niet zelfstandig kon worden geverifieerd op basis van de door de werkgroep en laboratoria beschikbaar gestelde gegevens. Niettemin heeft de SER, gelet op de consistentie van de aangeleverde informatie, de aard van de gehanteerde tarifiering, de onderliggende koststructuren in een kapitaalintensieve sector en het ontbreken van aanwijzingen dat deze cijfers feitelijk onjuist zouden zijn, geen reden om te veronderstellen dat deze door de laboratoria genoemde impact niet in overeenstemming is met de feitelijke exploitatierealiteit.

Een dergelijke abrupte inkomsterugval werkt rechtstreeks door in de solvabiliteits- en liquiditeitspositie van de aanbieders, omdat laboratoriumdiensten gekenmerkt worden door een relatief hoge vaste kostenbasis en beperkte flexibiliteit in de korte termijn. De directe impact op de liquiditeit is substantieel. Laboratoria beschikken doorgaans over beperkte mogelijkheden om operationele kosten binnen enkele maanden te reduceren, aangezien een aanzienlijk deel van de uitgaven bestaat uit personeelskosten, onderhoud van geavanceerde apparatuur en naleving van kwaliteits- en accreditatievereisten. Door het ontbreken van een overgangperiode wordt deze aanpassing per direct doorgevoerd, waardoor aanbieders geconfronteerd worden met een onmiddellijke verslechtering van hun kasstromen. Hierdoor ontstaat een verhoogd risico op betalingsachterstanden aan leveranciers, vertraging in noodzakelijke investeringen en een afname van de operationele weerbaarheid.

Ook de solvabiliteit komt onder druk te staan. Structureel lagere inkomsten verminderen het vermogen om positieve jaarresultaten te realiseren, waardoor de opbouw van eigen vermogen stagneert en bestaande reserves sneller worden aangesproken. Dit bemoeilijkt niet alleen het absorberen van financiële schokken, maar beperkt tevens de kredietwaardigheid van aanbieders. In een sector waar continuïteit van hoogwaardige diagnostiek afhankelijk is van stabiele investeringen in apparatuur, technologie en personeel, kan een verslechterde solvabiliteit de kwaliteit en beschikbaarheid van diensten op middellange termijn beïnvloeden.

Daarbij speelt dat aanbieders van laboratoriumdiagnostiek naar verwachting nauwelijks alternatieve inkomstenbronnen kunnen ontwikkelen op korte termijn. De marktstructuur, bestaande contractafspraken en regulatoire kaders bieden slechts beperkte ruimte voor tariefdifferentiatie, uitbreiding van dienstverlening of

commercialisering buiten de reguliere zorg. Evenmin is het realistisch om substantiële kostenbesparingen te realiseren zonder dat dit ten koste gaat van de diagnostische capaciteit of de naleving van kwaliteitseisen. Deze beperkte aanpassingsmogelijkheden vergroten de financiële kwetsbaarheid van de sector in de eerste jaren na invoering van de tariefaanpassing.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de voorgestelde tariefaanpassing, in combinatie met het ontbreken van een overgangperiode en de beperkte flexibiliteit in kostenstructuur en inkomsten, naar verwachting leidt tot een sterke verslechtering van zowel liquiditeit als solvabiliteit bij aanbieders van laboratoriumdiagnostiek. Dit brengt risico's met zich mee voor de continuïteit, kwaliteit en tijdigheid van diagnostische dienstverlening. Het is daarom essentieel om deze financiële effecten expliciet mee te wegen in de beleidsafweging en, waar mogelijk, aanvullende mitigerende maatregelen te overwegen om de stabiliteit van de sector te waarborgen.

2.5.3. Effect op kwaliteit en toegankelijkheid van laboratoriumdiagnostiek

De voorgestelde tariefaanpassing voor laboratoriumdiagnostiek kan verstrekken gevolgen hebben voor zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van diagnostische diensten. De huidige bekostiging is gebaseerd op een *fee-for-service*-systematiek met maximumtarieven. In dergelijke stelsels leidt een substantiële tariefverlaging in de regel tot druk op de kwaliteit, omdat aanbieders minder financiële ruimte hebben om te investeren in apparatuur, kwaliteitsbewaking, scholing van personeel en continue innovatie. De structurele kosten die noodzakelijk zijn om aan professionele en accreditatiestandaarden te voldoen, zijn slechts in beperkte mate variabel, waardoor lagere tarieven direct kunnen resulteren in uitstel van onderhoud, vermindering van interne controles of beperking van het repertoire aan hoogwaardige testen.

De toegankelijkheid voor burgers kan eveneens onder druk komen te staan. Laboratoriumdiagnostiek vormt een essentiële schakel in de keten van preventie, diagnostiek en behandeling. Eventuele vertragingen in uitslagen of vermindering van beschikbaarheid van specialistische testen kunnen leiden tot langere doorlooptijden en beperktere keuzemogelijkheden voor huisartsen, medische specialisten en patiënten. Indien aanbieders gedwongen worden hun dienstverlening te concentreren, kan dit bovendien resulteren in geografische verschraving van het aanbod, met name voor bevolkingsgroepen die afhankelijk zijn van nabijgelegen of laagdrempelige voorzieningen.

Ook vanuit het perspectief van de aanbieders is toegankelijkheid een relevant aandachtspunt. Toegankelijkheid betekent in deze context dat laboratoria financieel in staat moeten blijven om de diagnostische diensten daadwerkelijk te leveren. De eerder geschetste negatieve effecten van de tariefaanpassing op de solvabiliteit en liquiditeit vergroten het risico dat laboratoria hun operationele activiteiten moeten inperken of niet langer alle testen tegen het maximumtarief kostendekkend kunnen aanbieden. Dit kan ertoe leiden dat bepaalde, met name kapitaalintensieve of laag-volume analyses, niet langer worden uitgevoerd, wat de breedte en continuïteit van het diagnostische aanbod aantast. Daarnaast kunnen aanbieders geconfronteerd worden met beperkingen in personele capaciteit indien lagere tarieven de mogelijkheden voor behoud en ontwikkeling van gespecialiseerd personeel verminderen. Een dergelijke verschraving heeft directe gevolgen voor de kwaliteit van de interpretatie van resultaten en de beschikbaarheid van consultatieve ondersteuning aan klinici, wat een essentieel onderdeel vormt van moderne laboratoriumdiagnostiek.

Gegeven deze dynamiek kan worden geconcludeerd dat een aanzienlijke tariefverlaging binnen het bestaande *fee-for-service*-kader met maximumtarieven een reëel risico vormt voor zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van laboratoriumdiagnostiek. Deze effecten dienen nadrukkelijk in de verdere besluitvorming in overweging te worden genomen, mede omdat continuïteit en kwaliteit van diagnostiek cruciale voorwaarden zijn voor een goed functionerend zorgsysteem.

2.5.4. Effect op de betaalbaarheid van de laboratoriumdiagnostiek

Het effect van de invoering van verlaagde tarieven op de totale zorgkosten en de betaalbaarheid van de zorg is op dit moment nog onzeker. De huidige tariefstructuur is niet gebaseerd op de werkelijke kosten van laboratoriumdiensten, maar op NZa-tarieven aangevuld met omrekeningsfactoren. Een systematiek die aansluit bij de feitelijke kostprijs zou een betrouwbaarder beeld geven van de daadwerkelijke kostenstructuur van de laboratoriumdiagnostiek.

Daarnaast is het onduidelijk hoe het aanvraaggedrag van de aanbieders van laboratoriumdiagnostiek zich zal ontwikkelen na invoering van de nieuwe tarieven. Binnen het huidige FFS-model bestaat een structurele prikkel tot overproductie, omdat iedere verrichting afzonderlijk wordt gedeclareerd en vergoed. Wanneer de tarieven worden verlaagd, kan deze prikkel paradoxaal genoeg toenemen, doordat aanbieders mogelijk meer prestaties leveren om het lagere tarief te compenseren.

Het blijft bovendien onzeker in hoeverre de voorgestelde maatregelen ter bevordering van doelmatig aanvraaggedrag voldoende zijn om een eventuele stijging in productie te beperken. Een toename van het aantal verrichtingen zou leiden tot hogere totale zorgkosten, wat de duurzaamheid en solvabiliteit van de zorgfondsen, waaronder het BVZ, onder druk kan zetten. Verdere monitoring en analyse zijn daarom noodzakelijk om de effecten op de betaalbaarheid en financiële stabiliteit van het zorgstelsel tijdig te kunnen beoordelen.

2.6 Optimalisatie voorgestelde tarievenstructuur

2.6.1 Optimalisatie op korte termijn

A. Verbetering uniformiteit en *fair balance* in prijsstellingsmethodiek en prijsbepalingsprocedure

Verbetering van de uniformiteit in de prijsstellingsmethodiek en prijsregulering in de zorgsector is van groot belang voor zowel transparantie als efficiency. Op korte termijn kan deze uniformiteit worden versterkt door een geleidelijke invoering van de nieuwe tarieven op te nemen in het ontwerp-landsbesluit, waardoor laboratoria de overgang beter kunnen absorberen en consistentie in de prijsbepaling wordt gewaarborgd.

Het belang van een gefaseerde invoering wordt verder onderstreept door recente Nederlandse jurisprudentie, waarin de rechter vaststelde dat abrupt ingevoerde, niet-kostendekkende zorgtarieven in strijd kunnen zijn met het *fair balance*-vereiste van artikel 1 EP EVRM.⁶⁸ Een overgangsregime vormt daarmee niet slechts een beleidsmatige optimalisatie, maar een juridisch noodzakelijke waarborg om te voorkomen dat de lasten van tariefregulering onevenredig worden neergelegd bij laboratoria die door hun vaste kostenstructuur beperkte aanpassingsmogelijkheden hebben. De SER adviseert daarom dat het voorgestelde tariefregime expliciet wordt vormgegeven als een tijdelijk, wettelijk verankerd brugarrangement, met een gefaseerde ingroeiperiode van maximaal drie jaar, gekoppeld aan een verplicht, onafhankelijk kostprijsonderzoek door de Curaçaose Zorgautoriteit binnen dezelfde termijn. Voor wat betreft het onafhankelijke kostprijsonderzoek is van belang dat alle laboratoria alle benodigde kostprijsgegevens aanleveren. Dit is noodzakelijk om te waarborgen dat de tarieven op een duurzame wijze worden aangepast in overeenstemming met de werkelijke kosten van efficiënte aanbieders, en tegelijkertijd de juridische houdbaarheid van de maatregel in het licht van artikel 1 EP EVRM veilig te stellen.⁶⁹

⁶⁸ CBB, 13 december 2023, ECLI:NL:CBB:2023:741; CBB, 18 november 2025, ECLI:NL:CBB:2025:421.

⁶⁹ Zie ook de toepassing van het *fair balance*-criterium in EHRM *Sporrong and Lönnroth v Sweden* (1982) Series A no 52.

De geplande duur van deze tijdelijke tarieven dient expliciet in het ontwerpbesluit opgenomen te worden.

Door deze maatregelen wordt niet alleen de uniformiteit verbeterd, maar wordt ook de *fair balance* van de voorgestelde tarievenstructuur verbeterd. Tegelijkertijd dient de minister in de nota van toelichting expliciet toe te lichten hoe de belangen van de laboratoria zijn meegenomen en afgewogen in de beleidskeuze, zodat de keuzes inzichtelijk en verdedigbaar zijn voor alle betrokken partijen.

2.6.2 Optimalisatie op middellange termijn

A. Invoering waarde gedreven zorg (*Value based healthcare*)

De invoering van *Value Based Healthcare* (VBHC) vormt een belangrijke stap in de transitie naar een duurzamer en doelmatiger zorgstelsel op Curaçao. De overheid onderschrijft deze benadering, mede gezien de aanhoudende groei van de zorgkosten en de noodzaak om de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg in balans te houden. Het uitgangspunt van VBHC is dat de waarde van zorg wordt bepaald door de behaalde gezondheidsresultaten in relatie tot de ingezette middelen. Het systeem richt zich daarmee op het maximaliseren van de waarde voor de patiënt, in plaats van op het volume van verrichtingen of declaraties.

Volgens de laboratoria sluit deze ontwikkeling aan bij de internationale trend richting waardegedreven zorg, die in Nederland bekendstaat als ketenzorg. De kernprincipes van deze benadering zijn het vergroten van de focus op zorgresultaten, het leveren van waarde voor de patiënt, en het realiseren van beheersbare zorgkosten. Door deze principes te integreren binnen de lokale context, kan Curaçao toewerken naar een zorgmodel dat niet alleen financieel houdbaar is, maar ook de kwaliteit en effectiviteit van diagnostiek en behandeling versterkt.

Een belangrijk onderdeel van VBHC is de rationalisatie van laboratoriumaanvragen door medische specialisten en huisartsen. In ziekenhuizen betekent dit dat aanvragen van laboratoriumtesten op een meer probleemgerichte en ziektebeeldgerelateerde wijze dienen plaats te vinden. Voor de eerstelijnszorg vormt het gebruik van een probleemoplossend aanvraagformulier een aanvullend instrument om het aanvraaggedrag van huisartsen te structureren en te stroomlijnen. Op deze wijze wordt voorkomen dat onnodige of dubbele testen worden uitgevoerd, wat leidt tot een efficiënter gebruik van middelen en meer gerichte diagnostiek.

Het uitgangspunt binnen VBHC is dat laboratoriumonderzoeken worden gekoppeld aan specifieke ziektebeelden. Deze koppeling zorgt ervoor dat diagnostiek doelmatig wordt ingezet: alleen de testen die medisch relevant zijn voor het desbetreffende ziektebeeld worden aangevraagd. Dit vereist echter de ontwikkeling en implementatie van duidelijke richtlijnen en protocollen voor de verschillende ziektebeelden. Deze richtlijnen moeten vastleggen welke laboratoriumtesten in welke context kunnen worden aangevraagd, en onder welke voorwaarden herhaling van testen gerechtvaardigd is.

De succesvolle invoering van VBHC veronderstelt bovendien dat de gehele zorgketen wordt meegenomen in het proces. Dit houdt in dat niet alleen laboratoria, maar ook ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars hun werkwijzen en financiële prikkels moeten aanpassen. Prikkels die overdiagnostiek stimuleren dienen te worden weggenomen, zodat de nadruk verschuift van kwantiteit naar kwaliteit van zorg. Daarnaast is het noodzakelijk om protocollen en indicatoren te ontwikkelen waarmee de resultaten van zorg meetbaar worden. Zonder betrouwbare resultaatmetingen is het immers niet mogelijk om de waarde van zorg te beoordelen en te verbeteren.

Op Curaçao is de zorg momenteel grotendeels georganiseerd rond een declaratiestelsel, waarbij de nadruk ligt op verrichtingen in plaats van resultaten. De invoering van *Value Based Healthcare* vergt daarom een fundamentele herinrichting van de zorgstructuur. Een belangrijk onderdeel hiervan is de ontwikkeling van een diagnosestelsel, waarin zorgverlening en financiering worden gekoppeld aan ziektebeelden in plaats van

aan afzonderlijke verrichtingen. De totstandkoming van een dergelijk stelsel is een complex proces dat niet op korte termijn kan worden gerealiseerd. Verwacht wordt dat de implementatie van een diagnosestelsel, als noodzakelijke randvoorwaarde voor VBHC, een periode van één tot drie jaar zal vergen.

De transitie naar *Value Based Healthcare* biedt Curaçao echter de mogelijkheid om te evolueren naar een zorgsysteem dat niet alleen kosteneffectief is, maar vooral beter in staat om patiëntgerichte, meetbare en duurzame gezondheidsresultaten te realiseren.

B. Effectieve implementatie van sturing op doelmatig aanvraaggedrag (Demand management)

In de afgelopen jaren is binnen de gezondheidszorg op Curaçao een duidelijke toename zichtbaar van overdiagnostiek. Ter beheersing van het volume en ter bevordering van doelmatigheid zijn daarom diverse maatregelen getroffen om het aanvraaggedrag van zorgverleners te reguleren. Een kernmaatregel is de digitalisering van laboratoriumorders, waardoor aanvragen rechtstreeks worden doorgestuurd naar zowel het laboratorium als de SVB. Dit vergroot de transparantie en maakt het mogelijk om vervolgonderzoek uitsluitend uit te voeren na expliciete toestemming van de aanvragende arts.

Daarnaast is bepaald dat de oorspronkelijke aanvraag van de zorgaanvrager leidend is voor de bekostiging en declaratie van laboratoriumonderzoeken. Hiermee wordt een directe koppeling gelegd tussen medische noodzaak en financiële verantwoordelijkheid. Rationalisatie van het aanvraaggedrag kan verder worden gerealiseerd door gebruik te maken van probleemgerichte aanvraagformulieren en onderzoeksstrategieën die zijn gebaseerd op *best practices*. De werkgroep heeft reeds een conceptformulier ontwikkeld dat een beperkt, *evidence-based* testpakket bevat. Verwacht wordt dat toepassing van dit formulier kan leiden tot een reductie van twintig tot veertig procent van het aantal aanvragen. Voor huisartsen en medisch specialisten worden afzonderlijke aanvraagformulieren gehanteerd, waarbij laatstgenoemden beschikken over een uitgebreidere set diagnostische opties.

Ten behoeve van volumebeheersing heeft de SVB verschillende instrumenten ontwikkeld om het aanvraaggedrag van artsen te monitoren en te sturen. Voor de eerstelijnszorg wordt gebruikgemaakt van spiegelinformatie, waarbij het aanvraagprofiel van huisartsen wordt vergeleken met dat van hun collega's. Voor de tweedelijnszorg wordt een vergelijkbaar systeem voorbereid. Daarnaast heeft de SVB de medische verrichtingenlijst herzien met het oog op een beperking van het aantal declareerbare verrichtingen en een verbetering van de overzichtelijkheid. De noodzaak van dergelijke maatregelen is groot, aangezien de totale uitgaven voor laboratoriumdiagnostiek in drie jaar tijd met circa Cg. 15 miljoen zijn gestegen.

Ondanks deze initiatieven ontbreken nog steeds duidelijke beleidsmatige kaders voor laboratoriumdiagnostiek. Er is geen integraal beleidskader voor de sector en evenmin een specifiek kader ter voorkoming van overdiagnostiek. Een toekomstbestendige benadering vereist een model gebaseerd op diagnosegerichte behandelcombinaties, waarbij declaratie plaatsvindt per diagnose in plaats van per afzonderlijke test. Dit maakt het mogelijk om gemiddelde kosten per behandeltraject vast te stellen en biedt een objectieve basis voor normering.

Bij het vormgeven van toekomstig beleid moet tevens rekening worden gehouden met de technische realiteit van moderne laboratoria. In geautomatiseerde laboratoriumstraten kunnen apparaten met één handeling volledige reeksen bepalingen uitvoeren, ook wanneer deze niet expliciet zijn aangevraagd. Dit onderstreept de noodzaak van aanvullende afspraken over de omgang met automatisch gegenereerde testresultaten.

Voor de ziekenhuislaboratoriumdiagnostiek zijn eveneens *demand management*-initiatieven in uitvoering. Binnen zowel de huisartsenpraktijken als het CMC is gestart met de implementatie van probleemgerichte aanvragen via het digitale systeem. Daarnaast heeft het CMC rationele aanvraagpakketten ontwikkeld voor medisch specialisten, gebaseerd op Europese en Nederlandse richtlijnen en aangevuld met input van lokale

experts. Het ziekenhuis verwacht dat educatie en benchmarking, waarbij het lokale aanvraaggedrag wordt vergeleken met internationale referentiewaarden, kan bijdragen aan een meer rationele inzet van laboratoriumdiagnostiek.

De nieuwe aanvraagpakketten kunnen echter nog niet worden geïmplementeerd, omdat ADC heeft aangegeven dat deze niet compatibel zijn met het nieuwe systeem. Deze incompatibiliteit houdt verband met het feit dat de nieuwe tarieven en testbenamingen nog niet zijn vastgesteld. Een ziekenhuisbrede toepassing van deze pakketten, in samenhang met duidelijke financiële verantwoordelijkheden en beleidskaders, kan uiteindelijk leiden tot een doelmatigere en transparantere inzet van laboratoriumdiagnostiek. Het CMC heeft behoefte aan meer inzicht in de eigen laboratoriumkosten om de effecten van de probleemgerichte aanvraagpakketten adequaat te kunnen monitoren

Ervaringen uit Nederland laten zien dat naleving van dergelijke beleidskaders effectief kan worden bevorderd door het verbinden van budgettaire consequenties aan het niet nakomen van gemaakte afspraken. Dit kan onder meer inhouden dat het budget van een zorgverlener wordt gekort bij afwijkingen van de vastgestelde pakketten. De invoering van een vergelijkbaar mechanisme op Curaçao zou een belangrijke stap vormen richting een duurzaam, transparant en kwaliteitsgericht zorgsysteem, waarin overdiagnostiek structureel wordt gereduceerd.

C. Gegevensuitwisseling, data-beschikbaarheid en een effectieve tarievenstructuur

Een effectieve tarievenstructuur binnen de zorg, en met name binnen de laboratoriumdiagnostiek, is onlosmakelijk verbonden met de beschikbaarheid en uitwisseling van betrouwbare data. Zonder een goed functionerend systeem voor gegevensuitwisseling blijven inefficiënties bestaan die leiden tot onnodige zorgkosten en een verminderde doelmatigheid van de bekostiging.

De waarborging van data-exchange vormt een essentiële voorwaarde voor het realiseren van besparingen binnen de zorgsector. In de laboratoriumdiagnostiek kan effectieve gegevensuitwisseling dubbele diagnostiek voorkomen en daarmee bijdragen aan een doelmatig gebruik van middelen. Momenteel werken huisartsen met een ander informatiesysteem dan het Curaçao Medical Center (CMC), waardoor CMC geen inzicht heeft in reeds uitgevoerde testen door huisartsen. Dit gebrek aan transparantie resulteert in overdiagnostiek, hogere kosten en een ondoelmatige inzet van laboratoriumcapaciteit.

Het ontbreken van een helder beleid ten aanzien van gegevensuitwisseling vormt een structureel knelpunt in de Curaçaose zorg, zowel in algemene zin als specifiek voor laboratoriumdiagnostiek. Een effectieve tarievenstructuur kan pas optimaal functioneren wanneer tarieven worden gekoppeld aan randvoorwaarden die de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bevorderen, waaronder de verplichting tot adequate data-exchange tussen zorgaanbieders.

Aanbevolen wordt om de tariefstelling voor huisartsen en medische specialisten die buiten CMC opereren mede afhankelijk te maken van hun vermogen tot elektronische gegevensuitwisseling met ziekenhuizen, waaronder het CMC. Dit creëert een financiële prikkel om investeringen in systemen te stimuleren en de samenwerking binnen de zorgketen te versterken. De SER benadrukt dat tevens de gegevensuitwisseling vanuit het CMC naar de huisartsen van wezenlijk belang is.

Ter inspiratie kan worden verwezen naar het landelijk dekkende netwerk voor gegevensuitwisseling dat in Nederland wordt ingevoerd. Een vergelijkbare infrastructuur op Curaçao zou de continuïteit van zorg verbeteren, dubbel werk voorkomen en een fundament leggen voor data-gedreven beleidsvorming. De invoering van een digitaal patiëntendossier vormt hierbij een cruciale stap. Een centraal toegankelijk en veilig digitaal dossier verhoogt de databeschikbaarheid, bevordert de transparantie tussen zorgaanbieders en

draagt bij aan de ontwikkeling van een tarievenstructuur die niet alleen kostendekkend, maar ook doelmatig en toekomstbestendig is.

Conclusie

Gelet op het geheel van de in dit advies uitgevoerde juridische, economische en sociaaleconomische beoordeling komt de SER tot de conclusie dat de voorgestelde herziening van het verrichtingenstelsel en de tarievenstructuur voor medische laboratoriumdiagnostiek op Curaçao in beginsel aansluit bij legitieme beleidsdoelstellingen van modernisering, transparantie en kostenbeheersing, maar dat de thans voorliggende uitwerking in haar abruptheid, economische grondslag en procedurele verankering niet voldoet aan de vereisten van proportionaliteit, rechtszekerheid en EVRM-conformiteit.

Hoewel de actualisering van een verouderde verrichtingenlijst en de invoering van een meer uniforme tarifiering onmiskenbaar noodzakelijk zijn, kan de SER niet voorbijgaan aan de structurele risico's die voortvloeien uit een onmiddellijke en substantiële tariefdaling, dat geen resultaat is van een uitvoerige kostprijsonderzoek, in een sector die wordt gekenmerkt door hoge vaste lasten, beperkte substitutiemogelijkheden, certificeringsvereisten en een investeringscapaciteit die reeds onder druk staat.

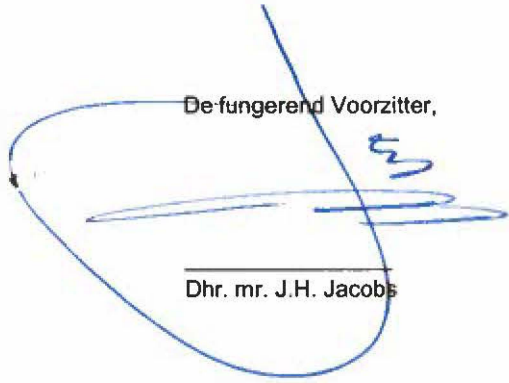
Deze risico's zijn niet louter beleidsmatig, maar ook juridisch relevant. In dit verband is de recente jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven in Nederland richtinggevend. In zijn uitspraken van december 2023 en november 2025 heeft het CBb geoordeeld dat toezichthouders geen zorgtarieven mogen vaststellen die niet aantoonbaar kostendekkend zijn en dat tariefbesluiten die steunen op verouderde, onvolledige of onvoldoende transparante kosteninformatie onrechtmatig zijn wegens strijd met de zorgvuldigheids- en motiveringsplicht. Daarbij wees het CBb erop dat dergelijke tarieven een onevenredige last vormen voor zorgaanbieders, hetgeen niet verenigbaar is met het proportionaliteitsbeginsel en de bescherming van economische eigendomsrechten onder artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM. De SER acht deze jurisprudentie rechtstreeks relevant voor Curaçao, nu de hier voorgestelde maximumtarieven — die in de praktijk fungeren als vaste tarieven — vergelijkbare structurele en financiële effecten sorteren, zonder dat is voorzien in een overgangperiode, een juridisch verankerde herijtingsverplichting of een breed gedragen kostprijsbasis.

Indien de voorgestelde tarieven zonder overgangsmechanisme en zonder voorafgaand normatief kader worden ingevoerd, bestaat er een reëel risico dat deze maatregel bij rechterlijke toetsing tekortschiet aan het vereiste van fair balance tussen het algemeen belang van kostenbeheersing en de individuele last die aan laboratoria wordt opgelegd. Een dergelijke regulatoire onevenwichtigheid zou niet enkel de continuïteit van de laboratoriumzorg aantasten, maar kan tevens leiden tot een juridisch kwetsbaar tariefregime dat de rechtspositie van de overheid verzwakt en toekomstige beleidsvorming compliceert. Tegen deze achtergrond is de SER van oordeel dat invoering van het tariefregime slechts verantwoord, proportioneel en juridisch houdbaar kan plaatsvinden indien het wordt gepositioneerd als een tijdelijk en wettelijk verankerd overgangsarrangement dat gepaard gaat met een gefaseerde ingroei, een verplicht onafhankelijk kostprijsonderzoek door de Curaçaose Zorgautoriteit binnen een redelijke termijn, een transparant en afdwingbaar kader voor declaratieregels en een coherent beleidskader voor demand-management en elektronische gegevensuitwisseling. Deze voorwaarden zijn niet enkel wenselijk uit het oogpunt van bestuurlijke zorgvuldigheid, maar vormen een noodzakelijke structurele voorwaarde om te waarborgen dat de tarieven daadwerkelijk aansluiten bij de kosten van efficiënte aanbieders en daarmee in overeenstemming worden gebracht met de vereisten van proportionaliteit, rechtszekerheid en de mensenrechtelijke bescherming van het eigendomsrecht.

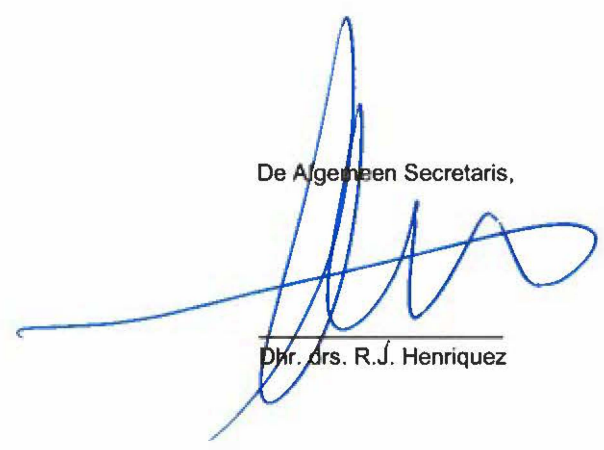
Alleen binnen een dergelijke zorgvuldig ontworpen en normatief verankerde transitie kan de voorgestelde tarievenstructuur bijdragen aan duurzame kostenbeheersing, modernisering van het diagnostisch stelsel en het behoud van een kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke laboratoriumzorg, zonder dat onevenredige lasten ontstaan voor aanbieders of dat de juridische houdbaarheid van het tariefregime wordt ondermijnd.

Namens de Sociaal-Economische Raad,

De fungerend Voorzitter,


Dhr. mr. J.H. Jacobs

De Algemeen Secretaris,


Dhr. drs. R.J. Henriquez

cc.: De Minister van Algemene Zaken
De Directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ)
De Beleidsorganisatie van het ministerie van Gezondheid, Milieu en Natuur (GMN)