

Vergaderjaar 2009–2010

32 393

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. 4

ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT¹

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 12 maart 2010 en het nader rapport d.d. 17 mei 2010, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 12 februari 2010, no. 10.000381, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor prestatiebekostiging (Wet aanvulling instrumenten prestatiebekostiging WMG), met memorie van toelichting.

¹ De oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Brief van 19 januari 2010 Waardering voor Betere Zorg (Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 109).

³ Waardering voor betere zorg IV, blz. 12. De huidige DBC-productstructuur is onvoldoende toegerust voor de grootschalige toepassing van prestatiebekostiging, er zijn te veel DBC's (ruim 30 000) om op een goede wijze over te onderhandelen. DBC's kennen een gedeeltelijke overlap doordat vergelijkbare zorg bij verschillende specialisten in afzonderlijke DBC's is ondergebracht. In de nieuwe DOT-structuur (DBC's Op weg naar Transparantie) worden de huidige DBC's vervangen door circa 3000 DBC-zorgproducten, waarin vergelijkbare zorg op dezelfde (specialisme onafhankelijke) wijze in de producten is opgenomen. De feitelijke behandeling is bepalend voor de definiëring van het zorgproduct en niet meer het type specialist dat de behandeling uitvoert.

⁴ NZa rapport Uitvoeringstoets van Budget naar Prestatie, oktober 2009, blz. 17.

Het wetsvoorstel strekt ertoe de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) aan te vullen met instrumenten voor prestatiebekostiging.² Met prestatiebekostiging wordt beoogd de doelmatigheid te vergroten door de introductie van meer prikkels voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot doelmatig handelen. De aanpassing van de huidige DBC-structuur door een vereenvoudigde structuur (DOT) moet daarbij behulpzaam zijn.³ Met het voorstel zou volgens de toelichting een doelmatigheidswinst van ongeveer € 500 mln kunnen worden bereikt.

Prestatiebekostiging is een vorm van bekostiging waarbij zorgaanbieders voor hun omzet (al dan niet volledig) afhankelijk zijn van de geleverde zorgprestaties aan de consument.⁴ Omdat de overstap van de huidige budgetfinanciering naar volledige prestatiebekostiging risico's met zich brengt voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de overheid en de consument, krijgt in het voorstel de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zowel in een overgangsfase (minimaal één jaar, maximaal drie jaar) als daarna, instrumenten in handen om in te grijpen, indien vooraf vastgestelde budgetten worden overschreden.

De Raad van State maakt opmerkingen over noodzakelijke voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voor een succesvolle introductie van prestatiebekostiging, en over de voorgestelde overgangsmatregelen. Hij is van oordeel dat in verband daarmee het voorstel nader dient te worden overwogen.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 12 februari 2010, no. 10.000381, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 12 maart 2010, nr. W13.10.0048/1, bied ik U hierbij aan.

Inleiding

Het wetsvoorstel zoals dat met de memorie van toelichting aan de Raad van State voor advies is voorgelegd rust op twee pijlers.

De eerste pijler is het streven met prestatiebekostiging de doelmatigheid bij de levering van curatieve medisch specialistische zorg te vergroten onder andere door de introductie van meer prikkels voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De tweede pijler is het streven de macrobudgettaire beheersbaarheid te vergroten met het oog op een beheerste kostenontwikkeling van zorg, daartoe mede genoodzaakt door de financieel-economische toestand van ons land en de gevolgen daarvan voor het beslag op de collectieve middelen.

Omdat de overstap naar een ander systeem van bekostiging mogelijk onbedoelde financiële risico's bevat voor de overheid, patiënten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars voorziet het wetsvoorstel ook in een instrument dat kan zorgen voor een soepele en geleidelijke overgang tussen systemen waarmee die risico's het hoofd kan worden geboden.

Het wetsvoorstel vult de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) aan met instrumenten, die in samenhang met het bestaande instrumentarium van de WVG kunnen worden gebruikt. De WVG is een kaderwet die niet dwingt tot een specifieke toepassing en dat wordt met de nieuwe instrumenten niet anders.

De voorgenomen toepassingen zijn door het kabinet vermeld in een brief van 19 januari 2010 gericht aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal, «Waardering voor betere zorg IV»¹. Bij de onderscheiden toepassingen wordt hetzelfde instrumentarium uit de WVG op verschillende manieren ingezet.

Inmiddels is het kabinet demissionair. De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft in verband daarmee op 4 maart 2010 de genoemde kabinetsbrief »Waardering voor betere zorg IV« controversieel verklaard². Bij brief van 5 maart verzocht de Tweede Kamer schriftelijk te worden geïnformeerd over de budgettaire consequenties van dit besluit op macro-, meso- en microniveau en over welke noodzakelijke maatregelen dientengevolge genomen moeten worden. Voorts heeft de Kamer van de gelegenheid gebruik gemaakt te vragen welke maatregelen, anders dan voorgesteld in de genoemde brief, genomen kunnen worden om specialisten onder het ziekenhuisbudget te brengen en welke terughaalregeling ontworpen kan worden in geval van budgetoverschrijding. Bij brief van 16 maart 2010 is daaraan gehoor gegeven³.

De eerdergenoemde kabinetsbrief van 19 januari bevatte de volgende voorstellen c.q. kabinetsvoornemens voor het jaar 2011 (punt 1 t/m 6), respectievelijk 2010 (punt 7):

1. de invoering van DOT⁴ ter vervanging van de huidige dbc⁵-systematiek;
2. de afschaffing van de budgetbekostiging van ziekenhuizen via een overgangsmodel;
3. het voornemen om het segment met vrije prijsvorming (het B-segment) uit te breiden naar 50%;
4. de afbouw van de ex post compensaties van verzekeraars in de periode 2011–2014, met in 2011 de afbouw van de macrona calculatie

¹ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 109.

² Kamerstukken II 2009/10, 32 333, nr. 22.

³ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 113.

⁴ DOT: Dbc's Op weg naar Transparantie.

⁵ dbc: diagnose behandelingcombinatie.

van verzekeraars tot 70% onder de voorwaarden dat er geen onverantwoorde problemen ontstaan met betrekking tot risicoselectie ten aanzien van patiënten en met betrekking tot premieverhogingen (koopkracht)¹;

5. de invoering van een macrobudgettair compensatie-instrumentarium waarmee de mogelijkheid wordt gecreëerd ook na de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten onverhoopte macrobudgettaire overschrijdingen door zorgaanbieders zelf te laten compenseren, door deze om te slaan over de omzetten van zorgaanbieders (ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra);
6. de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de medisch specialisten, teneinde overschrijdingen bij de medisch specialisten te voorkomen;
7. de invoering van een nieuwe overgangsregeling voor de bekostiging van de kapitaallasten van ziekenhuizen (in relatie tot het vervallen van gegarandeerde budgetvergoedingen hiervoor).

In de bedoelde brief van 16 maart is geschetst wat de technische en financiële gevolgen zijn voor de overheid en voor ziekenhuizen als deze voorstellen en voornemens niet conform het tijdpad en de beleidskeuzes uit «Waardering voor betere zorg IV» geïmplementeerd zouden worden en welke maatregelen dientengevolge noodzakelijk zijn.

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft daaropvolgend op 7 april 2010 een algemeen overleg met de minister gehouden over DOT en kapitaallasten. Daarin heeft de minister de commissie toegezegd met betrekking tot DOT in 2011 te starten met een nader uit te werken vorm van schaduw-draaien onder handhaving van het functioneel budget bij ziekenhuizen, en het besluit over de invoering van DOT te laten aan een volgend kabinet. In het algemeen overleg is benadrukt dat een goede beschrijving van producten en prestaties in ieder bekostigingssysteem, en niet alleen bij prestatiebekostiging, wenselijk is voor de transparantie voor zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en patiënten. De commissie vindt dat het gereedschap voor een volgend kabinet op orde moet zijn en dat daarom de ontwikkeling van DOT niet moet komen stil te liggen.

Dat het gereedschap op orde moet zijn geldt ook voor het volgende punt. Op 1 juli 2009 heeft een Algemeen Overleg plaatsgevonden over de budgettaire maatregelen². Onderdeel hiervan waren de maatregelen om voor 2010 de overschrijdingen bij de vrijgevestigde medisch specialisten te mitigeren. Tijdens dit debat kwam aan de orde of de overschrijdingen bij de vrijgevestigd medisch specialisten in 2008 en 2009 met terugwerkende kracht kunnen worden teruggehaald. Bij brief van 5 oktober 2009 is de Tweede Kamer geïnformeerd waarom dit juridisch niet mogelijk is³. Daarbij is ook aangegeven dat de gebleken overschrijdingen bij de medisch specialisten een onaangename verrassing waren. De regering vindt dat, zeker in deze tijd waar extra kritisch gekeken wordt naar de collectieve uitgaven, middelen in de zorg op een doelmatige manier moeten worden besteed. Dat het terughalen van overschrijdingen in 2008 en 2009 binnen de huidige wet- en regelgeving niet mogelijk is, is reden te meer om in ieder geval in 2010 de overschrijdingen bij de medisch specialisten wel te corrigeren en het voorliggende wetsvoorstel in te dienen.

De Tweede Kamer is bij brief van 11 februari 2010 bij de beantwoording van de vragen inzake het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: zorgautoriteit) over maatregelen medisch specialistische zorg ingelicht over de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de medisch specialisten⁴. Het doel is overschrijdingen van het macrobudgettair kader voor medisch specia-

¹ Ingeval deze contra-indicaties zich voordoen kan dat invloed hebben op het tempo en/of de hoogte van de afbouw.

² Kamerstukken II 2009/10, 31 700 XVI, nr. 174.

³ Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 9.

⁴ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 111.

listen te voorkomen. Dat lijkt ook in lijn met de strekking van de motie van de leden Sap en Van der Veen¹. Uit de besluitenlijst van de vaste commissie van 24 maart 2010 blijkt dat de antwoorden voor kennisgeving zijn aangenomen, nadat deze aanvankelijk controversieel waren verklaard. Het kabinet gaat ervan uit dat het belang van het redresseren van overschrijdingen bij de medisch specialisten door de commissie blijft onderschreven gelet op het feit dat de voorhangbrief om €137 miljoen te korten op de medisch specialistische zorg (tariefmaatregel) niet is gestuit. Met het op orde brengen van de gereedchapskist in dit wetsvoorstel wordt beoogd in structurele zin maatregelen te kunnen treffen om overschrijdingen te kunnen tegengaan.

Naast en losstaand van deze politieke ontwikkelingen heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) op 28 januari 2010 uitgesproken dat een medisch specialist alleen via het ziekenhuis aan de patiënt of diens verzekeraar mag declareren indien en voor zover hij daadwerkelijk bij de geleverde dbc is betrokken². Het CBb heeft vastgesteld dat het ziekenhuis wel in alle gevallen het volledige tarief voor een dbc mag declareren en dat een medisch specialist los van de geleverde dbc's voor zijn diensten aan het ziekenhuis mag declareren. Dat betekent dat het huidige dbc-systeem en de declaratiewijze van die dbc's niet zonder nadere maatregelen met betrekking tot de wijze van declareren kan worden gehandhaafd. Dit is de derde pijler van het wetsvoorstel.

Conclusie

Het wetsvoorstel rust door de hiervoor beschreven politieke ontwikkeling thans vooral op de tweede pijler. De noodzaak het beslag op de collectieve middelen op orde te krijgen voor een kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg is evident en blijft onverkort van belang. De Tweede Kamer stemt ook in met het oplossen van de door de Raad gesignaleerde macrobudgettaire problematiek bij medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra (zbc's)³.

Zoals uit het algemeen overleg van 7 april bleek acht de vaste commissie goed gereedschap ook voor een nieuw kabinet van belang, ongeacht de signatuur die dat heeft en ongeacht de richting die het volgende kabinet kiest.

De urgentie om te kunnen beschikken over de instrumenten die het wetsvoorstel biedt, blijft bestaan voor:

- het macrobudgetmodel medisch specialisten en zbc's;
- het uitsluitend declareren van medisch specialisten aan het ziekenhuis;
- de opbrengstverrekening tussen ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars (nu het functioneel budget voor ziekenhuizen nog langer blijft bestaan) en
- de beschikbaarheidsbijdrage voor niet aan individuele zorgverzekeraar of patiënt toe te rekenen kosten van zorg waarvan anders de toegankelijkheid in gevaar komt.

1. Samenvattend oordeel van de Raad

De Raad komt in dit advies tot de conclusie dat een stelsel van prestatie-bekostiging op zichzelf past in de structuur van het zorg(verzekerings-) stelsel. Dat stelsel is gebaseerd op gereguleerde marktwerking, waarbij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden in een driehoeksverhouding zijn gebracht. De gereguleerde marktwerking op deze drie markten moet zorgen voor prikkels tot doelmatig handelen.⁴ De overheid heeft hierbij een kaderstellende rol. Met het oog op publieke belangen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg) is voorzien in een aantal randvoorwaarden, waaronder het basispakket, de acceptatieplicht

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 123-XVI, nr. 63.

² LJN BL 2085.

³ Kamerstukken II 2009/10, 32 333, nr. 27.

⁴ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 8 en 9.

en het vereveningsstelsel. Gelet op de toenemende kosten van de zorg vanwege de technologische ontwikkelingen en de vergrijzing, en de situatie van de overheidsfinanciën op langere termijn, is het naar het oordeel van de Raad alleszins begrijpelijk dat bij voorrang gestreefd wordt naar het vergroten van de doelmatigheid in de zorg, voordat wordt overgegaan tot ingrijpendere maatregelen, zoals pakketverkleining of hogere eigen bijdragen. De Raad merkt echter op dat het bereiken van deze doelmatigheidswinst in een systeem van gereguleerde marktwerking alleen mogelijk is indien aan een aantal essentiële en noodzakelijke voorwaarden is voldaan.

In de eerste plaats dient er sprake te zijn van een stabiele productstructuur. Met de huidige DBC's is daarvan geen sprake, en de DOT-structuur is thans nog in ontwikkeling. Het (vooralsnog) ontbreken van een stabiele en transparante productstructuur bemoeilijkt de vrije prijsvorming en de verevening van zorgverzekeraars.

In de tweede plaats zullen, om een gelijk speelveld tussen de verschillende (typen) van zorgaanbieders te bereiken, de kapitaallastenproblematiek (en die van de vermogensopbouw), de problematiek van de macrobudgettaire beheersbaarheid van de kosten van de zelfstandige behandelcentra en die van de medisch specialisten (al dan niet in loondienst) moeten zijn opgelost. De toelichting biedt hierop onvoldoende zicht.

Indien aan deze voorwaarden is voldaan, zal het overheidsoptreden er vervolgens niet toe mogen leiden dat de met prestatiebekostiging beoogde prikkels tot doelmatig handelen van verzekeraars en zorgaanbieders worden weggenomen door overheidsinterventies. Daartoe is in het bijzonder van belang dat de overheid niet de normale bedrijfsrisico's van partijen overneemt. In dit verband dienen verschillende vormen van ex post verevening van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) daadwerkelijk te worden afgebouwd; deze zijn voor een korte, afzienbare periode alleen dan verantwoord (en nodig gelet op een noodzakelijke gewenningsperiode voor alle partijen aan de nieuwe systematiek) indien de afbouw reeds bij de invoering van de nieuwe systematiek wordt vastgelegd. De afbouw van ex post verevening leidt er vervolgens toe dat vormen van macrobudgettaire ex post vereffening bij zorgaanbieders, zoals opgenomen in het voorstel, kunnen vervallen. Voorts ziet de Raad voor prijsregulering niet direct aanleiding indien sprake is van een goed functionerende markt met een stabiele DOT-structuur.

Naar het oordeel van de Raad is voor een succesvolle implementatie van prestatiebekostiging noodzakelijk, dat de tijdelijkheid van de voorgestelde overheidsinterventies, zoals de ex post verevening, vereffening en prijsregulering, wordt vastgelegd en deze slechts als overgangsmaatregelen worden voorgesteld. Deze tijdelijkheid ontbreekt in het wetsvoorstel.

De Raad is er niet zonder meer van overtuigd dat aan de vorengenoemde voorwaarden tijdig, voor de beoogde invoering van de nieuwe systematiek per 1 januari 2011, zal zijn voldaan en dat de overheid de bedoelde terughoudendheid in het overnemen van marktrisico's zal kunnen betrachten. Dat maakt het bereiken van de beoogde doelmatigheidswinst niet vanzelfsprekend. Wanneer de facto een budgetteringssystematiek wordt gehandhaafd voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, zal de beperkte beschikbaarheid van publieke middelen moeten leiden tot andere - ingrijpende - maatregelen als pakketverkleining en hogere eigen bijdragen.

De Raad adviseert, alvorens tot invoering van prestatiebekostiging over te gaan, eerst meer zekerheid te creëren rond de belangrijkste knelpunten voor het functioneren van het stelsel als geheel, met name rond de

invoering van de DOT-structuur (en in samenhang daarmee de afbouw van ex post calculaties), alsmede rond de kapitaallastenproblematiek, de zelfstandige behandelcentra en de medisch specialisten.

1. Samenvattend oordeel van de Raad

Door de demissionaire status van het kabinet komt ook het advies van de Raad van State deels in een ander daglicht te staan. Het advies van de Raad richt zich namelijk vooral op de eerste pijler en de toepassingen van het (toekomstig) WMG-instrumentarium zoals die zijn beschreven in de eerder aangehaalde brief «Waardering voor betere zorg IV». De Raad refereert aan de stelselkeuze die in het verleden voor curatieve zorg is gemaakt en gaat daarbij in op de voorwaarden waaraan naar het oordeel van de Raad voorafgaand moet zijn voldaan om die keuze tot een succes te maken. De Raad komt tot het advies dat een stelsel van prestatiebekostiging goed past in de structuur van het in 2006 geïntroduceerde verzekeringsstelsel voor de curatieve zorg.

Gelet op de toenemende kosten van de zorg vanwege de technologische ontwikkelingen en de vergrijzing, en de situatie van de overheidsfinanciën op langere termijn, is het naar het oordeel van de Raad alleszins begrijpelijk dat bij voorrang gestreefd wordt naar het vergroten van de doelmatigheid in de zorg, voordat wordt overgegaan tot ingrijpendere maatregelen, zoals pakketverkleining of hogere eigen bijdragen.

De Raad concludeert dat er thans nog enkele knelpunten zijn die oplossing behoeven. Met name de problemen rond een stabiele structuur van product- en prestatiebeschrijvingen met dbc's en rond een gelijk speelveld voor zorgaanbieders in verband met de kapitaallastenproblematiek en macrobudgettaire beheersing van medisch specialisten en zbc's.

Daarnaast bevindt de wereld zich in een financiële crisis, die ook ons land niet voorbij gaat. Daardoor ziet de regering zich voor een forse macrobudgettaire opgave gesteld.

De Raad adviseert, alvorens tot invoering van prestatiebekostiging over te gaan, eerst meer zekerheid te creëren rond de genoemde knelpunten voor het functioneren van het stelsel als geheel. Dat sluit aan bij de eerder gememoreerde wens van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal het gereedschap op orde te brengen.

Het kabinet is het met de Raad eens dat die problematiek bij voorrang moet worden opgeheven, ongeacht de beslissing of wordt overgegaan naar prestatiebekostiging. Nu voor de invoering van de DOT-structuur een andere weg is gekozen heeft dat ook effect op de daarmee samenhangende afbouw van ex post compensatie bij de verevening van zorgverzekeraars.

2. Het voorstel op hoofdlijnen

a. Huidige en nieuwe bekostigingssystematiek

De huidige bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen ziet er als volgt uit. Voor circa 34% worden de ziekenhuizen via prestatiebekostiging op basis van DBC's bekostigd, het zogenoemde B-segment (vrije prijzen en volumes). Circa 66% wordt bekostigd via budgetsystematiek, het A-segment. Tot dit A-segment behoort ook het zogeheten AO-segment (10%), bestaande uit de academische component van zorg, acute zorg en traumazorg.¹

De aldus bekostigde inkomsten bestaan uit de opbrengsten van DBC-tarieven en overige tarieven die in rekening worden gebracht bij zorgverzekeraars en patiënten. Voor ziekenhuizen wordt echter jaarlijks ook een budget vastgesteld. De totale opbrengst van de gedeclareerde

¹ Bij de overstap naar prestatiebekostiging zal de zorg, in lijn met het advies van de NZa, worden onderverdeeld in drie segmenten: een vrij segment (vergelijkbaar met het huidige B-segment), een gereguleerd segment (vergelijkbaar met het huidige A-segment) en een vast segment (het huidige AO-segment). Door de invoering van de DOT-structuur kunnen er inhoudelijke veranderingen optreden in de samenstelling van het B-segment. Dit wordt veroorzaakt doordat DOT een andere clustering van zorgproducten hanteert. Het vaste segment ondergaat ten opzichte van het huidige AO-segment in grote lijnen geen verandering en blijft gefinancierd op basis van vaste vergoedingen. (paragraaf 8.3 van de memorie van toelichting).

tarieven is echter niet precies gelijk aan de hoogte van het vastgestelde ziekenhuisbudget. Om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen toch hun jaarlijkse budget binnenhalen, wordt per ziekenhuis een individueel verrekenpercentage vastgesteld (de zogenoemde ex-post verrekening). Dit verrekenpercentage compenseert het verschil tussen het vastgestelde ziekenhuisbudget en de opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven.¹

Het nieuw voorgestelde systeem van prestatiebekostiging in het huidige A-segment brengt, als logische vervolgstap, met zich dat de bestaande ziekenhuisbudgetten zullen moeten worden afgeschaft, aldus de toelichting.² Budgetfinanciering van zorginstellingen vindt in het einddoel nog slechts in zeer beperkte mate plaats, via de voorgestelde beschikbaarheidsbijdrage bij een klein gedeelte van het toekomstige vaste segment. Verdere uitbreiding van het huidige B-segment met behoud van budgetfinanciering wordt op dit moment niet verantwoord geacht. Bij iedere uitbreiding van het B-segment moeten namelijk de instellingsbudgetten voor het A-segment worden verkleind om dubbele bekostiging te voorkomen (zogenoemde budgetschoning). Verdere schoning maakt, naar het oordeel van de regering, de resterende budgetten onvoldoende representatief voor de zorg die eruit bekostigd moet worden en kan leiden tot een oneigenlijke druk op de prijzen in het B-segment.³ Na afschaffing van de budgetfinanciering is verdere uitbreiding van het vrije segment tot 50%⁴ en wellicht tot 70%, wel een optie.⁵ In het voorstel blijft in het zogenoemde vrije segment (overeenkomend met het huidige B-segment) vrije prijsvorming gelden; in het gereguleerde segment wordt de prijs gereguleerd door middel van maximum, minimum, vaste en bandbreedte prijzen.

b. Overgangsmaatregelen op het niveau van de zorgverzekeraars en zorginstellingen

Abrupte beëindiging van de huidige budgetfinanciering is niet mogelijk, omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars enige tijd moeten krijgen in te spelen op de nieuwe systematiek. Hoewel omzetverschuivingen tussen relatief goed en relatief slecht presterende instellingen in een systeem van prestatiebekostiging beoogd zijn, moeten instellingen, zo wordt in het voorstel uiteengezet, een redelijke termijn krijgen om hun bedrijfsvoering aan te passen aan de nieuwe situatie. Daar komt bij dat ook de invoering van de nieuwe DOT-productstructuur financiële effecten kan hebben voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars die niet onmiddellijk goed voorspelbaar zijn of onbedoeld zijn. Daarom wordt een overgangsmodel voorgesteld, waarbij omzetschommelingen als gevolg van de prestatiebekostiging vooralsnog slechts voor een deel doorwerken in de inkomsten van de instellingen, waardoor zij minder risico lopen.⁶ Ook de schadelastverschuivingen voor de verzekeraars verminderen op identieke wijze. Het benodigde instrument daartoe is neergelegd in artikel 37, onderdeel b, in combinatie met artikel 50, tweede lid, en 57, derde lid.⁷ Uit de tekst van beide artikelen is dit overgangsmodel niet aanstonds op te maken. Dit komt doordat de WMG een raamwet is, die alleen de grondslag bevat voor mogelijk uit te oefenen bevoegdheden door de NZa, zonder deze nader uit te werken. Uit de toelichting kan evenwel worden opgemaakt dat in de overgangperiode verrekening zal plaatsvinden als tekorten of overschotten ontstaan, gerelateerd aan een door de NZa voor een individuele zorgaanbieder te voren vastgestelde grens (onder-, boven- of bandbreedtegrens). De wijze waarop verrekening plaatsvindt wordt bepaald door de NZa.⁸

¹ Toelichting, paragraaf 7.3.

² Toelichting, paragraaf 2.4.

³ Verder werkt de schoning ook door in de contractonderhandelingen, die daardoor grote vertraging oplopen (toelichting paragraaf 2.4 en NZa, Uitvoeringstoets, blz. 27).

⁴ Toelichting, paragraaf 2.2. Zie ook NZa Uitvoeringstoets, blz. 18. Vaststelling van de tariefvormen is geregeld in art. 50, eerste lid, Zie voorts NZa Monitorrapportage uitbreiding B-segment 2011 en de bijbehorende Monitor Medisch Specialistische zorg 2010, Tussenrapportage deel 1 van februari 2010.

⁵ Uit het rapport «De stand van zaken betreffende de onderhandelingen over het B-segment in januari 2008» door TNS NIPO in opdracht van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars graag zouden zien dat het B-segment richting 60 tot 70% vrije markt zou gaan.

⁶ Omzetschommelingen worden gecompenseerd, omzetschommelingen worden afgeroomd.

⁷ Het huidige artikel 57, zesde lid.

⁸ Tabel paragraaf 4.2, van de toelichting.

c. Maatregelen op het niveau van de macrokosten

Uit een oogpunt van macrobeheersbaarheid voorziet het wetsvoorstel erin dat binnen het systeem van prestatiebekostiging, zowel tijdens als na de transitieperiode, eventuele overschrijdingen van de macrobudgettaire kaders structureel kunnen worden omgeslagen over de omzetten van de zorgaanbieders.¹

Hierbij gaat het niet om een grens die specifiek voor de individuele zorgaanbieder is vastgesteld, maar om een voor alle zorgaanbieders vastgestelde grens (geen ondergrens), die niet mag worden overschreden.² Wordt deze wel overschreden (en dus het macrobudget), dan wordt deze teruggevorderd bij alle zorgaanbieders op basis van een bepaalde verdeelsleutel (zogenoemde vereffening). De wijze van verrekening is ook hier verschillend, door de NZa te bepalen.³

Aldus is feitelijk, per saldo alsnog (tijdelijk) sprake van budgetfinanciering.⁴

2. Het voorstel op hoofdlijnen

a. Huidige en nieuwe bekostigingssystematiek

De beschrijving die de Raad geeft, behoeft geen reactie mijnerzijds.

b. Overgangsmatregelen op het niveau van de zorgverzekeraars en zorginstellingen

Met de Raad ben ik van opvatting dat een abrupte beëindiging van bekostigingssystemen niet wenselijk is, omdat zorgaanbieders en verzekeraars enige tijd moeten krijgen in te spelen op de nieuwe systematiek. Dat geldt niet alleen voor de invoering van prestatiebekostiging, maar ook wijzigingen in het stelsel van product- en prestatiebeschrijving moeten met de nodige zorgvuldigheid gepaard gaan. Met het instrument begrenzing zoals opgenomen in het wetsvoorstel kunnen de financiële risico's voor zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en overheid in voorkomende gevallen worden geredresseerd. Doordat de toepassing nader kan worden gepreciseerd in beleidsregels van de zorgautoriteit kan voldoende worden ingespeeld op specifieke praktijksituaties en kan rekening worden gehouden met de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ook kan de tijdsduur van de inzet van de instrumenten op maat worden gesneden.

c. Maatregelen op het niveau van de macrokosten

De beschrijving die de Raad geeft, behoeft geen reactie mijnerzijds.

3. Het voorstel nader bezien: prestatiebekostiging alleen onder voorwaarden succesvol

a. Samenhang in het zorgstelsel

Om de betekenis van de invoering van prestatiebekostiging te kunnen beoordelen, dient deze in samenhang met andere transities van het zorg(verzekerings)stelsel te worden bezien, vanwege de samenhang en de onderlinge verbanden in het zorgstelsel.⁵ Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden zijn in het zorgstelsel in een driehoeksverhouding gebracht op basis van gereguleerde marktwerking. Daarbij is sprake van drie markten: de zorgverzekeringmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. De overheid heeft hierbij een kaderstellende rol. De (gereguleerde) marktwerking op deze drie markten moet zorgen voor

¹ Waardering voor betere zorg, blz. 13 en 14 en toelichting, paragraaf 5.1.

² Toelichting, paragraaf 5.1.

³ Tabel paragraaf 4.2 van de toelichting.

⁴ Toelichting, paragraaf 8.4.

⁵ Vgl. NZa Uitvoeringstoets blz. 9/10 en 24.

prikkels tot doelmatig handelen. Overheidsingrijpen is echter tegelijkertijd nodig omdat de verschillende markten niet vanzelf goed kunnen functioneren, alsmede met het oog op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg voor alle burgers. Hiertoe kan onder andere worden gewezen op het wettelijk voorgeschreven basispakket, de acceptatieplicht en het stelsel van de vereveningsbijdrage. De in dat verband getroffen overheidsmaatregelen hebben echter ook een effect op het functioneren van het stelsel als geheel. De thans voorgestelde maatregelen dienen dan ook in de context van het gehele zorgstelsel te worden gezien.

b. Noodzakelijke voorwaarden

De overgang van budgetfinanciering naar prestatiebekostiging past op zichzelf in de gekozen stelselbenadering van de Zvw en de WVG. Om de overstap naar prestatiebekostiging succesvol te kunnen laten verlopen, is het echter noodzakelijk dat de voorwaarden zijn gecreëerd waaraan moet zijn voldaan om de drie hiervoor genoemde zorgmarkten metterdaad doelmatig te kunnen laten functioneren. Deze voorwaarden zijn lage toetredingsdrempels, transparantie wat betreft prijzen en kwaliteit van zorg en het tegengaan van gedrag dat beoogt mededinging te beperken.¹ Aan deze voorwaarden wordt niet zonder meer voldaan.

In dit verband is in de eerste plaats van belang dat er sprake dient te zijn van een stabiele productstructuur waardoor transparantie wat betreft prijzen kan worden bereikt. Met de huidige DBC's is daarvan geen sprake, en de DOT-structuur is thans nog in ontwikkeling. Het ontbreken van een stabiele productstructuur bemoeilijkt vrije prijsvorming.

In de tweede plaats zullen, om een gelijk speelveld tussen de verschillende (typen) van zorgaanbieders te bereiken, de kapitaallastenproblematiek (en die van de vermogensopbouw), de problematiek van de macrobudgettaire beheersbaarheid van de kosten van de zelfstandige behandelcentra en van de medisch specialisten (al dan niet in loondienst) moeten zijn opgelost. Ook verdienen de positie van verzekerden (patiënten), alsmede mogelijke dominante posities van zorgverzekeraars op regionale zorgmarkten nadere aandacht.² De toelichting biedt hierop onvoldoende zicht.

Zolang deze knelpunten niet zijn opgelost en dus aan de voorwaarden voor marktwerking niet zonder meer wordt voldaan, waardoor de markt niet vanzelf zal functioneren, is overheidsingrijpen nodig. Daarbij moet echter worden onderkend dat deze vormen van overheidsingrijpen zelf – hoe begrijpelijk deze op zichzelf ook kunnen zijn – een versturende werking hebben op de werking van de zorg(verzekerings)markt. Te denken valt aan de ex post verevening waardoor risico's van zorgverzekeraars die tot het normale bedrijfsrisico van hun onderneming behoren worden vermindert en aan onderdelen van de eerdergenoemde prijsregulering in het zogenoemde A-segment. Het gevolg daarvan is dat de beoogde effecten van marktwerking niet of in mindere mate zullen kunnen worden bereikt zolang die overheidsinterventies voortduren. Het inzetten op gereuleerde marktwerking (prestatiebekostiging) is dan ook alleen zinvol, wanneer verwacht wordt dat de huidige belemmeringen voor het functioneren van de markt van tijdelijke aard zullen zijn en overheidsinterventies kunnen worden afgebouwd. Hierbij wordt met name bedoeld op de ex post verevening van zorgverzekeraars, de verrekening bij zorgaanbieders, de prijsregulering en de ex post macro-budget vereffening.

Verder is van belang dat de baten van prikkels tot efficiëntie alleen zullen kunnen optreden, indien de overheid bereid is mogelijke consequenties te accepteren van het stelsel, dat is gebaseerd op prikkels door marktwerking. Indien de overheid echter risico's van de verschillende partijen overneemt die tot het normale bedrijfsrisico behoren, worden de beoogde

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 379, nr. 4; Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 4; Bijlage bij Kamerstukken II 2008/09, 29 247, nr. 90.

² NZa Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen, de verhoudingen op de zorginkoopmarkt, januari 2010.

prikkels die tot grotere efficiëntie moeten leiden, weggenomen en ligt ook een besparing op het door de overheid ingezette budget niet voor de hand. Dit is niet zonder praktisch belang, gelet op de schaarste aan publieke middelen die kunnen worden ingezet voor de zorg, nu en in de toekomst, mede met het oog op de heroverwegingsoperatie die thans aan de gang is inzake de houdbaarheid van overheidsvoorzieningen (de toelichting wijst hier terecht op).

c. Ontwikkeling van de overheidsuitgaven

De zorgkosten maken een substantieel deel uit van de overheidsuitgaven. Rekening moet worden gehouden met de noodzaak om in de komende jaren te komen tot een besparing van enkele miljarden. In de toelichting wordt een bedrag van rond € 500 mln genoemd dat met de maatregelen zou kunnen worden uitgespaard.¹ Het gaat daar evenwel om het gehele pakket maatregelen zoals dat in de brief Waardering voor Betere Zorg IV is neergelegd. Dat betekent dat er rekening mee moet worden gehouden dat in de nabije toekomst ingrijpende aanvullende maatregelen zullen moeten worden genomen, naast de voorstellen in het onderhavige voorstel.

De Raad beoordeelt het wetsvoorstel in het licht van de bovenvermelde algemene overwegingen inzake de doelmatigheidseffecten van de invoering van prestatiebekostiging in de zorg meer en detail. Daarbij gaat hij achtereenvolgens in op de positie van zorgverzekeraars (punt 4), zorgaanbieders (punt 5) en de beheersbaarheid van de overheidsuitgaven (punt 6).

3. Het voorstel nader bezien: prestatiebekostiging alleen onder voorwaarden succesvol

a. Samenhang in het zorgstelsel

De opmerking van de Raad dat het voorstel in het brede kader van de stelselwijziging moet worden gezien, geldt met name voor de eerste pijler waarop het rust en komt hierna onder b verder aan de orde.

b. Noodzakelijke voorwaarden

De Raad concludeert dat zolang een stabiele productstructuur en een oplossing voor medisch specialisten en zbc's en voor kapitaallasten ontbreekt overheidsbemoediging nodig is. Met de Raad ben ik van mening dat de overheidsbemoediging af kan nemen indien die kwesties het hoofd zijn geboden.

Dat de positie van verzekeren en mogelijk dominante posities van zorgverzekeraars op regionale zorgmarkten volgens de Raad nadere aandacht verdienen deel ik. De zorgautoriteit heeft blijk gegeven daarvoor oog te hebben in haar visiedocument «Inkoopmacht en collectief onderhandelen, de verhoudingen op de zorginkoopmarkt», uitgebracht in januari 2010. De WMG voorziet reeds in het instrument aanmerkelijke marktmacht waarmee partijen in een gelijker onderhandelingspositie kunnen worden geplaatst (artikelen 47, 48 en 49). Dit instrumentarium is overigens (nog) niet van toepassing op mogelijke afhankelijkheidsituaties waarbij de ene zorgaanbieder diensten inkoop bij een andere zorgaanbieder teneinde gezamenlijk zorg te kunnen leveren aan de patiënt of diens verzekeraar. In die mogelijke toepassing wordt met het oog op de eerdergenoemde uitspraak van het CBb thans wel voorzien. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel wordt daarop ingegaan. Tevens deel ik de opvatting van de Raad dat de toepassing van een instrument een zekere tijdelijkheid moet bevatten in die zin dat de toepassing niet langer moet duren dan nodig is. Indien en voor zover het

¹ Paragraaf 2.2.

noodzakelijk is die tijdelijkheid vast te leggen, gebeurt dat in de beleidsregels en regels van de zorgautoriteit. Voor vastlegging op wetsniveau zou alleen aanleiding zijn indien de toepassing een verplichtend karakter heeft. Dat is niet het geval bij het instrumentarium van de WMG, en evenmin bij het nieuwe instrumentarium waarmee de WMG door dit wetsvoorstel wordt aangevuld.

c. Ontwikkeling van de overheidsuitgaven

De waarschuwing van de Raad dat mede in verband met de brede heroverwegingsoperatie rekening gehouden moet worden met een besparing op kosten van de zorg ter grootte van enkele miljarden wordt ter harte genomen. Juist mede met het oog op de beheerste kostenontwikkeling in de zorg acht het kabinet het noodzakelijk het instrumentarium van de WMG aan te vullen.

4. Zorgverzekeraars: verevening van risico's en prijsregulering

a. Verevening van risico's

In het zorgstelsel spelen zorgverzekeraars een centrale rol. De mate waarin zorgverzekeraars hun rol invullen als kritische zorginkoper is een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvolle implementatie van prestatiebekostiging, zo stelt de NZa.¹

Het zorgverzekeringsstelsel beoogt efficiëntie te bereiken door zorgverzekeraars in een positie te brengen waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever zullen gaan opstellen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen. Zorgaanbieders dienen meer prestatiegericht te gaan werken, en krijgen tevens meer mogelijkheden om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van burgers.²

De vereveningsbijdrage speelt in dit verband een belangrijke rol. De vereveningsbijdrage dient ter financiering van de kosten die worden gemaakt in verband met verzekeren jonger dan 18 jaar, ter financiering van de kosten om de nominale premies op een aanvaardbaar niveau te houden, en ter verevening van de verschillende risicoprofielen in de verzekerdenbestanden in verband met de acceptatieplicht. Met de verevening dient evenwel terughoudend te worden omgegaan. Immers, naarmate de overheid meer risico's overneemt van de zorgverzekeraars zullen prikkels voor zorgverzekeraars tot het bereiken van efficiëntie afnemen. Het stelsel mag er niet toe leiden dat risico's die tot het normale bedrijfsrisico voor verzekeraars behoren, door de overheid worden overgenomen. Dit is met name het geval naarmate gebruik wordt gemaakt van ex post vereveningsinstrumenten.³ Indien de overheid alsnog risico's overneemt die tot het normale bedrijfsrisico behoren, komt ook de macrobudgettaire beheersbaarheid van het stelsel onder druk te staan. Het Centraal Planbureau (CPB) beschouwt vergroting van de risicodragendheid van verzekeraars dan ook als een onmisbaar element voor het succes van de andere maatregelen.⁴ Ook de NZa wijst op het belang van een – beheerste – afbouw van de ex post verevening bij zorgverzekeraars.⁵

In dit verband zij bovendien opgemerkt dat de voorgestelde macrovereffening bij zorginstellingen (afroming)⁶ niet in beeld zou hoeven te komen, indien de ex post verevening wordt beperkt tot die aspecten waarvoor dat in de rede ligt, zoals ex post correctie in verband met wijzigingen in de omvang van het verzekerdenbestand gedurende het jaar. Immers, indien in hoofdzaak slechts ex ante risicoverevening bij zorgverzekeraars plaatsvindt, te financieren met de publieke middelen die de overheid ex ante beschikbaar stelt, is vanzelf geen sprake van macrobud-

¹ NZa Uitvoeringstoets, blz. 57.

² Memorie van toelichting Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3).

³ Dit geldt overigens niet voor alle vormen van ex post financiering. Enkele ervan hebben een zuiver technisch karakter. Te denken valt aan de herberekening op basis van het werkelijk aantal verzekerden dat de zorgverzekeraar in een jaar daadwerkelijk had (artikel 34, tweede lid, Zvw). Dergelijke ex post vereveningsinstrumenten hebben ook een belangrijke functie om overcompensatie te voorkomen. Tegelijkertijd zijn er elementen in het ex post vereveningsstelsel gekomen die ertoe leiden dat de verevening een open einde karakter krijgt doordat risico's van de verzekeraar alsnog ex post worden afgewenteld op de overheid; de prikkels voor verzekeraars worden daardoor verminderd. Verwezen zij naar de bandbreedteregeling, de hoge kostenverevening, de nacalculatie en de macronacalculatie, genoemd in Waardering voor Betere Zorg, blz. 20; zie ook Stb. 2008, 549, blz. 11–12.

⁴ CPB notitie houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg, 15 september 2009, paragraaf 6.

⁵ NZa, Uitvoeringstoets Van budget naar prestatie, oktober 2009, blz. 11. Zie ook Boone / Douven, Macrorisico en efficiëntie van zorgverzekeraars, ESB 5 februari 2010, blz. 84.

⁶ Artikel 56b WMG.

getoverschrijdingen nadien. Een voorziening voor het terughalen van die overschrijdingen (afroming) is dan niet meer nodig. Dan komen bedrijfsrisico's daadwerkelijk bij zorgverzekeraars te liggen, zoals is voorzien in het stelsel van geregleerde marktwerking. De mate waarin zorgverzekeraars doelmatig handelen is dan vervolgens af te leiden uit de hoogte van de nominale premie die zij voor hun verzekerden in rekening brengen in het kader van de financiering van het basispakket.

Gelet op het grote belang van een daadwerkelijke afbouw van de ex post verevening bij zorgverzekeraars als randvoorwaarde voor een succesvolle invoering van prestatiebekostiging, meent de Raad dat duidelijkheid moet bestaan over de haalbaarheid van deze afbouw en het tempo waarin deze kan plaatsvinden. In de brief Waardering voor Betere Zorg IV¹ verschaft de minister inzicht in de wijze waarop de prikkels voor de verzekeraars zullen worden versterkt; de ex post compensaties zullen via een geleidelijk traject worden afgeschaft.² Naar het oordeel van de Raad verdient het de voorkeur deze concretisering van de afbouw in het voorstel zelf op te nemen.

Dit tijdpad gaat uit van de invoering van DOT en de vervanging van het budgetstelsel voor ziekenhuizen door prestatiebekostiging per 2011, in de veronderstelling dat in 2014 voldoende stabiliteit en voorspelbaarheid zijn gerealiseerd voor de volledige afbouw van de ex post compensaties, aldus de minister in zijn brief.

Cruciaal is volgens de Raad in dit verband de mate waarin ex ante een reële inschatting kan worden gemaakt van de te verevenen risico's in de verzekerdenbestanden van zorgverzekeraars. Daarvan is vooralsnog in onvoldoende mate sprake, waardoor zonder ex post verevening onder- of overcompensatie zou plaatsvinden. Met de invoering van de nieuwe DOT-structuur wordt beoogd te zorgen voor meer stabiliteit en voorspelbaarheid, maar daar zal in de beginfase ervaring mee moeten worden opgedaan. Tegen die achtergrond begrijpt de Raad dat er aanleiding is ex post verevening niet ineens, maar - beheerst - over een bepaalde overgangperiode af te bouwen.³ De Raad acht dit echter alleen aanvaardbaar indien er reëel zicht bestaat op daadwerkelijke afbouw ervan, en op relatief korte termijn, en dit in artikel 34 Zvw wordt vastgelegd. Gelet op de (beoogde) rol van zorgverzekeraars voor de goede werking van het zorgverzekeringsstelsel is dit immers cruciaal om prestatiebekostiging succesvol te kunnen invoeren.

b. Prijsregulering in het vaste en het geregleerde segment

Blijkens de toelichting wordt thans aan een verhoging van het vrije prijssegment van 34% naar 50% gedacht.⁴ Voor het overige zal sprake blijven van prijsregulering in de vorm van minimumprijzen, maximumprijzen, bandbreedtes of vaste prijzen.

Het vaststellen van vaste prijzen kan logisch zijn waar sprake is van directe financiering in het vaste segment door middel van een beschikbaarheidsbijdrage, en voor bepaalde behandelingen in het geregleerde segment, zoals de zorgfuncties die vallen onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen en zgn. add-ons.⁵ Voor DOT-zorgproducten die op termijn naar het vrije segment zouden kunnen worden overgeheveld is prijsregulering minder vanzelfsprekend. De verschillende vormen van prijsregulering behoeven een nadere en zelfstandige motivering in het licht van de afschaffing van de budgetfinanciering van zorginstellingen en de versterking van de prikkels voor zorgverzekeraars door versobering (afschaffing) van de ex post verevening. De veranderde context waarbinnen prijsregulering plaatsvindt, vraagt dan ook om een nieuwe motivering ervan.

Dit geldt ook voor de verenigbaarheid met de EU-regels inzake vrij verkeer. Terecht wordt in paragraaf 10 van de toelichting het handhaven

¹ Waardering voor Betere Zorg IV, blz. 20.

² – Vanaf 2011 toewerken naar afschaffing bandbreedteregeling;

– Vanaf 2012 afbouw of afschaffing hogekostenverevening;

– In 2011 afbouwen van macronacalculatie tot 70% onder voorwaarden dat er geen onverantwoorde problemen ontstaan met betrekking tot risicoselectie ten aanzien van patiënten en met betrekking tot premieverhogingen;

– Vanaf 2014 afschaffing nacalculatie en de bandbreedteregeling als stabiele situatie is ontstaan en het ex ante vereveningsmoel is gebaseerd op gegevens die gerelateerd zijn aan de vigerende bekostiging.

³ NZa Uitvoeringstoets, blz. 59.

⁴ Toelichting, paragraaf 2.2 en NZa Advies uitbreiding B-segment 2011 van 23 februari 2010.

⁵ Toelichting, paragraaf 8.3.

van een kwalitatief hoogstaande, evenwichtige en voor een ieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen als rechtvaardigingsgrond genoemd.¹ De toelichting stelt vervolgens dat dit niet voor een ieder kan worden gegarandeerd als de tarieven voor diensten zonder meer worden vrijgelaten. Het reguleren van inkomsten of kosten voor gezondheidsdiensten is volgens de toelichting daarom een geschikt middel om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Deze toelichting gaat er echter aan voorbij dat de mogelijke argumenten voor verschillende vormen van prijsregulering zeer verschillend zijn. Daarbij is niet alleen de rechtvaardiging van belang, maar moet ook worden gekeken naar de noodzaak en de proportionaliteit van prijsmaatregelen.

Zo is een maximumprijs denkbaar in situaties waarin een markt niet goed functioneert, bijvoorbeeld doordat er sprake is van een machtspositie van zorgaanbieders of een te grote informatievoorsprong, en aanbieders zonder een prijsplafond te hoge prijzen zouden kunnen vragen. Daarbij moet er echter wel acht op worden geslagen dat zowel de Mededingingswet (Mw) (verbod op misbruik van een machtspositie) als de WMG (aanmerkelijke marktmacht) reeds verschillende instrumenten kennen om dergelijke knelpunten aan te pakken. Er moet bovendien van uit worden gegaan dat er bij een goede werking van het vereveningsstelsel (ex ante) voldoende prikkels zijn voor zorgverzekeraars om een gunstige prijsstelling af te dwingen. De informatieproblematiek zou met de invoering van de DOT-structuur sterk moeten verminderen. In die zin is er een parallel met de afbouw van de ex post verevening: een stabiele productstructuur is noodzakelijk voor de afbouw van de ex post verevening bij zorgverzekeraars, en leidt er tevens toe dat de informatieproblematiek als argument voor prijsregulering wegvalt. Indien de overheid vanwege een stabiele DOT-structuur ex ante risico's kan inschatten ten behoeve van de verevening, kunnen ook zorgverzekeraars over voldoende informatie beschikken om tot adequate onderhandelingen met zorginstellingen te komen. Het argument van de informatieproblematiek zal dan ook slechts tijdelijk kunnen worden gebruikt. Wat dit aspect betreft dient de afbouw van prijsregulering, naar het oordeel van de Raad, daarmee dan ook gelijke tred te houden.

Een minimumprijs zou bijvoorbeeld in de rede kunnen liggen bij een te groot aanbod en een machtspositie aan de vraagzijde. Ook hier kunnen bestaande mededingingsinstrumenten in de Mw en de WMG echter reeds uitkomst bieden. Indien met het hanteren van een minimumprijs wordt beoogd zorginstellingen een houvast te bieden voor de financiering van de instellingen, zou daarmee in wezen budgetfinanciering weer (ten dele) in de prijsregulering worden verwerkt. De prikkels voor scherp onderhandelen worden aldus echter verminderd. Indien vrije prijsvorming tot onaanvaardbare risico's voor zorginstellingen zou leiden (zulks wordt overigens niet gesteld in de toelichting), ligt een verdere uitbouw van de beschikbaarheidsbijdrage meer voor de hand.

Een vaste prijs kan in de rede liggen wanneer geen sprake kan zijn van prijsonderhandelingen bij niet-planbare, acute zorgverlening. Zoals hiervoor aan de orde is geweest, is begrijpelijk dat vaste prijzen worden voorgeschreven voor die DOT's waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage is voorzien. Niet op voorhand is echter duidelijk waarom het denkbaar zou worden geacht dat in een aantal gevallen wel prijsregulering in de vorm van vaste prijzen nodig zou zijn, maar het niet nodig wordt geacht een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen. Het ligt voor de hand vaste prijzen te beperken tot die DOT's waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage is voorzien.

¹ Onder verwijzing naar het arrest van 10 maart 2009, Hartlauer, C-169/07.

Gelet op het vorenstaande adviseert de Raad de verschillende vormen van prijsregulering, gelet op de nieuwe systematiek van het stelsel als geheel, opnieuw te bezien, mede in Europeesrechtelijk verband. Zo dient beargumenteerd te worden of prijsregulering van overheidswege, als mogelijke beperking van het vrij dienstenverkeer, wel leidt tot een proportioneel ingevulde maatregel. Zoals aangegeven bevatten de Mw en de WMG reeds instrumenten om de gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Voor zover prijsregulering een tijdelijk karakter heeft vanwege samenhang met de invoering van de DOT-structuur, adviseert de Raad te voorzien in een horizonbepaling.

4. Zorgverzekeraars: verevening van risico's en prijsregulering

a. Verevening van risico's

Het verzekeringstelsel in de curatieve zorg beoogt efficiency te bereiken door zorgverzekeraars te prikkelen scherp in te kopen. Dat kan door de verzekeraars meer risico te laten lopen. Een van de manieren om verzekeraars te prikkelen is de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars krijgen op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet na te calculeren zodat de verzekeraars moeten uitkomen met wat zij aan middelen binnenkrijgen.

De ex ante risicoverevening is er om een gelijk speelveld te creëren tussen verzekeraars. Deze verevening voor verzekeraars geldt met betrekking tot alle verzekerden, niet alleen verzekerden jonger dan 18 jaar. Risicoverevening is nodig om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. Het gaat erom van tevoren zo goed mogelijk in te schatten wat de verzekeraar nodig heeft om aan de zorgplicht ten opzichte van zijn verzekerden te voldoen. Deze ex ante verevening moet zodanig worden dat het mogelijk is om de ex post compensatiemechanismen af te kunnen bouwen.

De Raad lijkt ervan uit te gaan dat de voorgestelde vereffening bij zorginstellingen niet in beeld hoeft te komen indien de ex ante risicoverevening in orde zou zijn. Dat is een misverstand. Anders dan de Raad meent is het instrument vereffeningbedrag in het voorstel opgenomen met het oog op een andere specifieke situatie dan de macrobudgettaire beheersbaarheid. Het gaat bij het instrument vereffeningbedrag namelijk om de herberekening van – achteraf bezien te hoge – vergoedingen van ziektekostenverzekeraars aan ziekenhuizen. Bij de overgang van het verrichtingsstelsel naar een systeem van prestatiebeschrijvingen met dbc's was niet van tevoren in te schatten wat de financiële effecten zouden zijn voor de ziekenhuizen en de verzekeraars. Vanwege het nog aanwezig zijn van een budgetsystematiek met daarnaast declaraties in dbc-termen, is met alle betrokkenen de afspraak gemaakt dat het teveel betaalde op basis van actuele gegevens over marktaandeel zou worden terugbetaald aan verzekeraars. Omdat er per ziekenhuis ten aanzien van individuele verzekeraars zodanige verschillen ontstonden dat het niet redelijk en billijk was deze voor rekening van deze individuele verzekeraars te laten komen is een oplossing bedacht waarmee iedere verzekeraar per ziekenhuis zijn aandeel in het te veel betaalde terug kon krijgen. Die oplossing moet nog wettelijk worden vastgelegd. Dit heeft geresulteerd in het instrument vereffeningbedrag. Daarmee is dus sprake van een «microvereffening».

De ex ante verevening daarentegen is gebaseerd op het vooraf beschikbaar geraamde macrobedrag voor de zorg: het budgettaire kader zorg. Verzekeraars kunnen in de omstandigheid geraken dat zij meer declaraties moeten betalen dan de macrogrens aangeeft. In de huidige

situatie vindt dan door macronacalculatie een generieke compensatie van de kosten plaats. Naarmate de voorspelbaarheid van de zorgkosten groter wordt en de kwaliteit van het ex ante model toeneemt zal de macronacalculatie van de verevening worden afgebouwd. Er is dus geen verband tussen de afbouw van de ex post compensatiemechanismen en het instrument vereffeningbedrag.

Anders dan de Raad ben ik van mening dat de afbouw van de ex post compensatiemechanismen niet in het wetsvoorstel moet worden opgenomen. De Raad stelt artikel 34 Zorgverzekeringswet (Zvw) voor. Met een wettelijke vastlegging ontstaat een zeer inflexibel systeem dat onvoldoende kan inspelen op de onderweg opgedane ervaringen. De Zvw bevat de mogelijkheid van ex post compensatie. In een algemene maatregel van bestuur op grond van de Zvw worden de onderscheiden ex post compensatiemechanismen beschreven. In de ministeriële regeling wordt de feitelijke invulling daarvan opgenomen.

b. Prijsregulering in het vaste en het gereguleerde segment

De Raad ziet in het vaststellen van onderscheiden tariefsoorten een onderscheiden niveau van ingrijpen in een markt, vraagt daarbij naar de onderbouwing van het niveau van ingrijpen en wijst op de Europeesrechtelijke randvoorwaarden en de inzet van alternatieve instrumenten uit de Mededingingswet en de WMG (aanmerkelijke marktmacht). In hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting wordt daar uitgebreid op ingegaan; daarbij wordt eerst een historisch perspectief geschetst van een langzaam loslaten van prijsregulering. Relevant is dat de afweging van de inzet van een wettelijk instrument bij een specifieke situatie ingeval van een kaderwet thuishoort op een lager reguleringsniveau en dat eerst daar de Europeesrechtelijke aspecten aan de orde komen.

Bijvoorbeeld: ingevolge de WMG is de minister bevoegd de tariefsoort te bepalen en geeft hij via een aanwijzing opdracht aan de zorgautoriteit dat voor de daarbij beschreven zorg nader uit te werken (artikel 59). Aan een dergelijke aanwijzing gaat een voorhangbrief vooraf waarbij de minister de zakelijke inhoud van aanwijzing dertig dagen aan het parlement voorlegt voordat hij tot de aanwijzing besluit (artikel 8). Bij de voorbereiding van die voorhangbrief worden ook de Europeesrechtelijke aspecten betrokken.

5. Zorgaanbieders

Thans is de budgetfinanciering voor de zorgaanbieders in de prijsregulering van het A-segment verweven.¹ Voorgesteld wordt de budgetfinanciering te laten vervallen. De Raad acht dit op zichzelf in lijn met doel en strekking van het stelsel. Het verweven van een budgetfinancieringsinstrument met prijsregulering neemt de (markt)prykkels voor efficiëntie weg en maakt het stelsel bovendien ondoorzichtig. Met het uit elkaar halen van aspecten van financiering van zorginstellingen en de totstandkoming van prijzen wordt bovendien een belemmering voor het vrijgeven van prijsvorming weggenomen; tegelijkertijd wordt door middel van directe bekostiging van bepaalde activiteiten van zorginstellingen voorzien in de financiering van zorgvoorzieningen waarvoor het marktmechanisme niet goed kan functioneren (zoals bij traumahelicopters). De voorgestelde beschikbaarheidsbijdrage vormt daartoe een gepast instrument. De Raad merkt in dit verband echter op dat de beschikbaarheidsbijdrage vermoedelijk als steunmaatregel dient te worden aangemeld in het kader van artikel 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (ex artikel 88 EG). Uit de toelichting blijkt niet dat dit is gebeurd.

¹ In het kader in paragraaf 7.3 van de toelichting wordt dit systeem beschreven.

De Raad heeft in de toelichting een beschouwing gemist over de mate waarin met de afschaffing van de budgetfinanciering van de zorginstellingen, in samenhang met de invoering van de beschikbaarheidsbijdrage, prestatiebekostiging op verantwoorde wijze zal kunnen worden ingevoerd. Daarbij spelen verschillende aspecten een rol. Daarbij gaat het onder andere om de mogelijke gevolgen voor zorginstellingen. Verder dient een level playing field te bestaan tussen de verschillende zorgaanbieders. De NZa wijst in dit verband op onevenredige financiële problemen van sommige zorgaanbieders, die in beginsel eerst opgelost moeten zijn vóór de invoering van prestatiebekostiging, omdat anders de verschillende uitgangsposities de invoering van prestatiebekostiging zullen frustreren, doordat in de beginfase al sprake is van een ongelijk speelveld.¹ In het bijzonder geldt dit voor het kapitaallastenprobleem, dat zal moeten zijn opgelost voordat prestatiebekostiging wordt ingevoerd.² De kapitaallastenproblematiek mag bij het afschaffen van de budgetfinanciering (waar rekening wordt gehouden met deze problematiek) niet leiden tot een ongelijk speelveld of tot onevenredige risico's voor bepaalde zorginstellingen. Ook dient in dit verband te worden gewezen op de problematiek van de zelfstandige behandelcentra en die van de medisch specialisten, waar de NZa op wijst.³ Het voorstel, noch de toelichting geven hierover echter uitsluitel. De Raad is van oordeel dat invoering van prestatiebekostiging aanvaardbaar is, mits duidelijk is dat dit niet leidt tot een ongelijk speelveld of tot onevenredige risico's voor bepaalde zorginstellingen als gevolg van een verschillende positie wat betreft de kapitaallasten. Uit het voorstel en de toelichting wordt voornog niet duidelijk dat dit het geval is op het moment dat de invoering van de nieuwe systematiek is voorzien per 1 januari 2011.

5. Zorgaanbieders

De Raad merkt op dat met het uit elkaar halen van aspecten van financiering van zorginstellingen en de totstandkoming van tarieven door middel van directe bekostiging van bepaalde activiteiten van zorginstellingen wordt voorzien in de financiering van zorgvoorzieningen waarvoor het marktmechanisme niet goed kan functioneren (zoals bij traumahelikopters). In aanvulling op de Raad merk ik op dat dat ook geldt voor zorg, waarvan de kosten niet of nauwelijks in redelijkheid aan een individuele patiënt of diens verzekeraar zijn toe te rekenen. De kosten daarvan zijn niet in de tarieven verwerkt maar wel in de budgetten van de instellingen. Daardoor geven de tarieven geen zuiver beeld van de kosten van de prestatie. De voorgestelde beschikbaarheidsbijdrage vormt een gepast instrument om daar wat aan te doen. De Raad merkt in dit verband terecht op dat de beschikbaarheidsbijdrage mogelijk als steunmaatregel kan worden gezien en dient te worden aangemeld in het kader van artikel 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (ex artikel 88 EG). Die aanbeveling wordt gevolgd.

De Raad vraagt uitdrukkelijk aandacht te schenken aan de problematiek van de kapitaallasten, de medisch specialisten en de zelfstandige behandelcentra.

Voor de oplossing van de kapitaallastenproblematiek is geen wetwijziging nodig. Daarvoor is met betrekking tot de curatieve zorg een separaat traject gevolgd⁴. De Tweede Kamer heeft inmiddels ingestemd met de overgangsregeling kapitaallasten.

Voor de oplossing van de macrobudgettaire problematiek van medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra is het instrument begrenzing zoals opgenomen in het wetsvoorstel absoluut noodzakelijk. In de memorie van toelichting wordt daar verder op ingegaan. Daarbij worden ook de gevolgen van de eerder gememoreerde uitspraak van het CBb over de wijze van declareren van medisch specialisten meegenomen.

¹ NZa Uitvoeringstoets, blz. 28. Daarnaast wijst de NZa ook op vergoedingen voor specifieke (externe) voorzieningen die bij de invoering van de prestatiebekostiging zullen komen te vervallen. Deze zorg komt ook niet voor vergoeding via het vaste segment in aanmerking, omdat een deel van deze zorg niet binnen de WVG valt. In principe moet deze zorg via de tarieven worden vergoed.

² NZa Uitvoeringstoets, blz. 43.

³ NZa Uitvoeringstoets, blz. 69 e.v.

⁴ Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 114.

6. Beheersing overheidsuitgaven: vereffening

Bij de thans voorgestelde ex post macro vereffening worden, zo lijkt te moeten worden afgeleid uit de toelichting, macrobudgetoverschrijdingen collectief omgeslagen over de zorginstellingen op basis van omzetaandeel. Het belang ervan neemt toe indien het overgangsmoedel waarin omzetschommelingen van zorgaanbieders nog worden gecompenseerd, verval.

De Raad constateert dat de noodzaak voor de introductie van een dergelijk instrument wegvallt, indien de ex post vereffening van zorgverzekeraars wordt beperkt tot het noodzakelijke. Indien immers deze ex post vereffening er niet meer is, kan per definitie niet of nauwelijks meer sprake zijn van macro-budgetoverschrijdingen. Het beschikbare budget wordt immers aangewend voor de financiering van de ex ante vereffening; de budgetoverschrijdingen worden veroorzaakt door de ongewisse uitkomst van de bedragen die de overheid alsnog beschikbaar stelt voor de ex post vereffening. Tegen deze achtergrond kan op zichzelf, zolang een daadwerkelijke afbouw van de ex post vereffening nog niet is voltooid, begrip bestaan voor de introductie van een tijdelijk instrument tot macrokostenbeheersing. De Raad heeft echter twijfels bij de introductie van de thans voorgestelde vormgeving van de vereffeningeregeling. De Raad doelt op de volgende aspecten.

De regeling leidt voor zorginstellingen tot onzekerheid over hun inkomsten. Zij kunnen na afloop van een jaar immers nog worden geconfronteerd met een claim, terwijl zij zelf nauwelijks invloed hebben kunnen uitoefenen op het ontstaan en de hoogte ervan. Verder kan de vereffening leiden tot een klassiek «prisoners dilemma»: een instelling kan haar individuele budgetoverschrijding afwentelen op de andere zorginstellingen, maar als alle instellingen dat doen wordt de macrooverschrijding alleen maar groter. Indien één instelling echter in die situatie dreigt te geraken, zullen de andere direct moeten volgen om de (individuele) schade nog enigszins te beperken. Het gevolg is dat elk ziekenhuis er baat bij heeft om de omzet te maximaliseren. Het nettoresultaat is bovendien dat slecht gedrag dat leidt tot budgetoverschrijding uiteindelijk gunstiger wordt behandeld dan goed gedrag (de «goeden» betalen voor de «kwaden»).

Zoals reeds aan de orde is geweest, is een daadkrachtige afbouw van de ex post vereffening noodzakelijk voor een goede werking van het stelsel als geheel. Die kan in gevaar komen wanneer de vereffening als achtervang fungeert. Budgettaire risico's kunnen immers achteraf via de macro-vereffening worden teruggehaald.

De regeling brengt voor alle betrokkenen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) onzekerheid mee. Zij worden nadien met claims geconfronteerd waarop zij zich niet kunnen voorbereiden en waarop zij individueel geen invloed kunnen uitoefenen. Vooral voor zorginstellingen kan dit problematisch zijn. Zij hebben immers geen rechtstreekse relatie met het vereffeningstelsel, maar sluiten slechts overeenkomsten af met zorgverzekeraars.

De vereffeningbijdrage roept overigens ook vragen op van Europees-rechtelijke aard. De strekking van de vereffeningbijdrage is om de bedragen die door de overheid – via de zorgverzekeraars (vereffening) – teveel aan de zorgverleners zijn betaald, weer terug te halen. Zoals hiervoor aan de orde is geweest, gebeurt dit naar rato van de omzet, en niet naar rato van de (individuele) overschrijding. Dat is op zichzelf logisch, omdat er geen sprake is van individuele budgettering van zorginstellingen, maar het gevolg is wel, zoals hiervoor beschreven, dat zorginstellingen per saldo beter af zijn naarmate zij meer hebben

bijgedragen aan de macro-kostenoverschrijding. Zij worden aldus door de overheid financieel bevoordeeld ten opzichte van de andere zorginstellingen. Dit kan meebrengen dat de maatregel als steunmaatregel in het kader van artikel 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (ex artikel 88 EG) bij de Europese Commissie dient te worden aangemeld.

6. Beheersing overheidsuitgaven: vereffening

Geconstateerd wordt dat de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel met betrekking tot de toepassing van de nieuwe macrobeheersinginstrumenten bij de Raad vragen oproept. Die vragen gaan niet over de vormgeving van de wettelijke instrumenten maar over de vraag of de daarmee beoogde toepassing(en) bij zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars niet kunnen leiden tot onzekerheden over hun inkomsten, tot verkeerde prikkels of tot (onbedoelde) bevoordeling en daarmee tot steunverlening in de zin van artikel 108 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. Van die vragen en waarschuwing heb ik goede notie genomen. Bij de inzet van de instrumenten ten behoeve van een beoogde toepassing wordt daarmee rekening gehouden. Zo zal ten behoeve van de voorzienbaarheid in de relevante bepaling (artikel 50, tweede lid) worden vastgelegd dat de maatregel voorafgaand aan de periode waarop deze betrekking heeft wordt aangekondigd en wordt bij de uitvoering van die maatregel bezien of een overschrijding eerst specifiek bij de overschrijders kan worden geredresseerd alvorens een generieke maatregel wordt opgelegd.

Ook hier geldt dat de concrete toepassing wordt neergelegd in beleidsregels en regels van de zorgautoriteit. Bij de vormgeving van de toepassing of bij een voorafgaande aanwijzing wordt op de verschillende aspecten acht geslagen.

7. Ten slotte: zorgmarkt in ontwikkeling

Met het voorstel ligt, naar het oordeel van de Raad, een fundamentele volgende stap voor de hand om op de eerder ingeslagen weg naar gereguleerde marktwerking in de zorg voort te gaan: een overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging. Deze stap kan evenwel alleen succesvol zijn indien wordt voldaan aan randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor de beoogde goede werking van zo'n stelsel. Dat betekent dat onafwendbare vooronderstellingen van de gekozen systematiek aanvaard zullen moeten worden. Indien men daartoe niet bereid is, of de gevolgen daarvan niet aanvaardbaar acht, zal er sprake zijn van de facto handhaving van de huidige budgetfinanciering. Deze financiering biedt aan partijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) de zekerheid dat risico's worden afgedekt door de overheid; tegelijkertijd impliceert een dergelijke keuze dat het stelsel niet wordt voorzien van prikkels ter bevordering van doelmatig handelen. De bij de Zvw ingeslagen weg van gereguleerde marktwerking binnen publieke randvoorwaarden wordt dan niet voortgezet. Het is aannemelijk te veronderstellen, dat de opgave om de komende jaren de publieke uitgaven voor de zorg beheersbaar te houden, daardoor extra wordt verzaamd en andere maatregelen, zoals pakketverkleining en verhoging van eigen bijdragen, nadrukkelijk in het vizier zullen moeten komen.

Het voorstel kiest daar niet voor, zo meent de Raad uit de toelichting te kunnen afleiden, omdat de voorstellen nadrukkelijk gericht zijn op het vergroten van de doelmatigheid in de zorg door middel van het inbouwen van prikkels die daartoe aanzetten. Echter, het beeld van de zorgmarkt, zoals dat uit de toelichting, alsook uit de analyses van NZa en CPB naar voren komt, is dat van een markt die nog niet geheel gereed is voor de

invoering van deze prikkels via prestatiebekostiging maar daar wel verder naar toe kan groeien. Indien de Raad in deze zin de toelichting goed verstaat, is het van belang dat ten aanzien van de verschillende voorgestelde interventie-instrumenten (met name verevening, vereffening en prijsregulering), die op zichzelf – tijdelijk – noodzakelijk kunnen zijn, uit het voorstel en de toelichting naar voren komt, dat deze uitdrukkelijk een tijdelijk karakter hebben. Alleen dan zullen verzekeraars en zorgaanbieders zich metterdaad voorbereiden op de nieuwe situatie waarin doelmatig handelen wordt beloond en ondoelmatig handelen wordt afgestraft.

7. Ten slotte: zorgmarkt in ontwikkeling

De Raad sluit af met het advies een duidelijke stelselkeuze te maken, consequent te zijn op een ingeslagen weg en daarvan de consequenties te dragen alvorens halverwege te keren. Die raad neem ik ter harte en ik onderschrijf met de Raad dat de omstandigheden waaronder het nieuwe stelsel voor de curatieve zorg zou moeten werken nog niet optimaal is. Daarom beoogt het wetsvoorstel te zorgen voor goed gereedschap. Het biedt aanvullende instrumenten voor de macrobeheersing van medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra, voor het declareren van medisch specialisten aan het ziekenhuis, voor de opbrengstverrekening tussen individuele ziekenhuizen en individuele ziektekostenverzekeraars en de beschikbaarheidsbijdrage voor niet aan individuele zorgverzekeraar of patiënt toe te rekenen kosten van zorg waarvan anders de toegankelijkheid in gevaar komt. Of en zo ja hoe lang deze instrumenten moeten worden toegepast hangt af van de keuzes die in concrete gevallen worden gemaakt en de ervaring die daarbij wordt opgedaan. Zonder die instrumenten wordt ook voor de door de Raad gesignaleerde problemen geen oplossing geboden.

8. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Raad naar de bij het advies behorende bijlage.

8. Redactionele opmerkingen

De eerste redactionele opmerking berust op een misverstand. Het is bedoeling bij beschikkingen over «tarief» en «prestatiebeschrijving» vermeld in het eerste lid van artikel 50, en bij een beschikking over een «grens» vermeld in het tweede lid van artikel 50, voorschriften of beperkingen te kunnen opleggen. Het derde lid van artikel 50 verwijst daarom terecht naar zowel het eerste als het tweede lid.

De tweede redactionele opmerking is opgevolgd.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt de tekst van het eerste lid van artikel 50 zodanig te redigeren dat dit beter recht doet aan de exclusieve bevoegdheid van de minister de tariefsoort vast te stellen. Voorts wordt in het tweede lid opgenomen dat een grens wordt opgelegd voorafgaand aan de periode waarop deze betrekking heeft.

Ten slotte is de considerans en naam van het wetsvoorstel in overeenstemming gebracht met de gewijzigde omstandigheden.

De Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet niet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dan nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

*De Vice-President van de Raad van State,
H. D. Tjeenk Willink*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde gewijzigde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

**Bijlage bij het advies van de Raad van State betreffende
no. W13.10.0048/I met redactionele kanttekeningen die de Raad
in overweging geeft.**

- In artikel 50, derde lid, de zinsnede «de voorgaande leden» wijzigen in «het tweede lid».
- In artikel 55, eerste lid, onderdeel a, aanwijzing 52 van de Aanwijzingen voor de regelgeving in acht nemen.