

Kenmerk	W13.07.0492/I
Datum advies	28 februari 2008
Vindplaats	Staatscourant 2010, nr 2813

Volledige tekst

Voorstel van wet tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, onder meer in verband met de invoering van een maatstafstelsysteem, met memorie van toelichting.

Bij Kabinetsmissive van 28 december 2007, no.07.004235, 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 tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, onder meer in verband met de invoering van een maatstafstelsysteem, met memorie van toelichting.

Het wetsvoorstel strekt tot het mogelijk maken van een maatstafstelsysteem op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), de instelling van een beschikbaarheidsbijdrage voor bepaalde zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), en het vaststellen van een in rekening te brengen vereffeningsbedrag ingeval van een te hoog vastgesteld tarief.

De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel een aantal opmerkingen met betrekking tot het motief, de vormgeving en de werking van het instrument van de maatstaf, en enkele andere punten. Hij is van oordeel dat in verband met deze opmerkingen over het voorstel in deze vorm niet positief kan worden geadviseerd.

Inleiding

Het maatstafstelsysteem heeft tot doel op basis van vergelijking een doelstelling tot efficiëntieverbetering te geven, aldus de toelichting. Het dient als tijdelijke maatregel voor het niet vrijgegeven deel van de zorg dat zich leent voor onderhandelingen over prijzen van diagnose behandeling combinaties (DBC's). (zie noot 1) Afhankelijk van de mate waarin vrije prijsvorming binnen dit systeem tot goede resultaten leidt, kan de maatregel worden beëindigd.

Het instrument maatstaf wordt omschreven als volgt: "Het maatstafstelsysteem is een vorm van tariefregulering waarbij instellingen op deelmarkten waar (nog) geen vrije tariefvorming mogelijk is, de vrijheid hebben om de tarieven per DBC en/of ziektekostenverzekeraar te differentiëren, zolang het totaal van de tarieven de maatstaf maar niet overschrijdt. Het meerdere boven de maatstaf wordt "afgeroomd" door de zorgautoriteit. De maatstaf legt in beginsel geen beperkingen op aan het volume." (zie noot 2) Voorts stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een signaleringssysteem op dat aangeeft dat de maatstaf wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.

Het wetsvoorstel regelt niet de feitelijke invoering van het maatstafstelsysteem, maar biedt middels een wettelijke grondslag de mogelijkheid om dit systeem in te voeren. De eventuele feitelijke invoering en invulling van het maatstafstelsysteem zullen plaats vinden via een

aanwijzing van de minister aan de NZa, die op haar beurt daartoe beleidsregels opstelt. De minister is, blijkens de toelichting, voornemens het maatstafstelsel in te voeren door middel van de in dit voorstel van wet gecreëerde mogelijkheid. (zie noot 3)

Het is de Raad opgevallen dat het voorstel van wet geen norm bevat voor de inhoud van het maatstafstelsel, noch duidelijkheid verschaft over de vormgeving ervan.

De Raad zal in dit advies ingaan op het motief voor, en de inhoud, vormgeving en de mogelijke gevolgen van een maatstafstelsel.

1. Het motief voor het instrument van de maatstaf

Met de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet is de mogelijkheid geopend dat zorgverzekeraars gaan concurreren om de gunsten van de consument. Vanaf 2005 kunnen ziekenhuizen vrije prijsafspraken maken met verzekeraars voor een deel (10%) van de zorg. Met ingang van 2008 is er vrije prijsvorming mogelijk voor 20% van de zogenoemde voorzienbare zorg.

Voor het niet vrijgegeven deel van de ziekenhuiszorg dat zich leent voor onderhandelingen over de DBC-prijzen (circa 70% (zie noot 4)), zal de stap naar vrije prijsvorming niet ineens genomen worden. Voor de tussentijd (tot waarschijnlijk 2012) introduceert het wetsvoorstel het instrument van de maatstaf om de budgettaire taakstelling inzake de kosten van de zorg te halen, om de efficiëntie en de prijs-kwaliteitverhouding bij de zorgaanbieders te verbeteren en om de positie van partijen op de zorgmarkt te versterken, zodat zij daadwerkelijk kunnen onderhandelen. Daarmee zou de maatstaf moeten fungeren als tijdelijke maatregel en als overgang naar vrije prijsvorming.

De Raad zal hierna ingaan op de marktverhoudingen in de zorg, het doel en de uitwerking van de maatstaf en de stimulering van efficiëntie en de prijs-kwaliteitverhouding.

a. Marktverhoudingen in de zorg

Het maatstafinstrument is bedoeld als tijdelijke maatregel op weg naar een verdere uitbreiding van vrije prijsvorming in de zorg. Kennelijk ligt aan de beleidskeuze voor dit instrument ten grondslag een analyse van de marktverhoudingen in de zorg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden die, naar het oordeel van de regering, deze tussenfase noodzakelijk maakt, omdat anders de kostenontwikkeling in de zorg op gespannen voet komt te staan met de budgettaire taakstelling.

De Raad merkt op dat zodanige analyse van onderliggende marktverhoudingen in de toelichting ontbreekt. De NZa is van oordeel dat op dit moment de markt onvoldoende is toegerust voor verdere vrije prijsvorming, omdat enerzijds zorgverzekeraars nog niet voldoende in staat zijn hun inkoop te verplaatsen en verzekerden te sturen en daarom een relatief slechte onderhandelingspositie hebben, en anderzijds de relatief slechter presterende zorginstellingen door verdere vrije prijsvorming in een lastige positie kunnen komen. (zie noot 5) De Raad merkt op dat deze twee constatering over de marktverhoudingen zich moeilijk met elkaar verdragen. Het is de Raad voorts onduidelijk of deze verhoudingen zich voordoen op het gehele niet vrijgegeven deel van de zorgmarkt of op onderdelen daarvan. Kennelijk wordt de positie van de zorgaanbieders ten opzichte van de zorgverzekeraars in het algemeen te dominant geacht, waardoor er vrees bestaat dat tegen (te) hoge prijzen gecontracteerd zal gaan worden.

De vraag is of de feitelijke ontwikkelingen in de marktverhoudingen grond geven voor de zorg voor een te hoge kostenontwikkeling. De Raad wijst erop dat recente ervaringen met de eerste tranche vrije prijsvorming eerder in tegenovergestelde richting wijzen: deze ervaringen blijken zodanig positief te zijn dat de minister een tussentijdse uitbreiding van de vrije prijsvorming voor 2012 niet uitgesloten acht. (zie noot 6) De monitoring Ziekenhuiszorg van de NZa beschrijft de situatie als volgt: "In het B-segment zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar. De prijzen zijn na een daling in 2006 gestabiliseerd in 2007. De aanwijzingen worden steeds

sterker dat ZBC's [zelfstandige behandelcentra] zorgen voor lagere prijzen in het B-segment. De wachtlijsten in het B-segment zijn over de periode 2005 en 2006 afgenomen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen professioneler en er bestaat meer aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Ook lopen er goede initiatieven om tot transparantie van kwaliteit te komen. Toch komt de marktwerking in het B-segment nog onvoldoende op gang. Er zijn nog steeds remmende factoren die marktwerking in de weg staan. Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen. De huidige omvang van het B-segment is te klein."(*zie noot 7*) Om die reden is het B-segment met ingang van 1 januari 2008 vergroot naar 20%.

Volgens de Raad zou bij de te verrichten analyse van de marktverhoudingen en marktwerking in de zorg ook het recent uitgevoerde "Onderzoek Marktwerkingsbeleid"(*zie noot 8*), waarin aandacht wordt besteed aan feitelijke ontwikkelingen in de marktstructuur, betrokken moeten worden.

De Raad wijst er voorts op dat inmiddels van de kant van zorgaanbieders signalen komen, die aangeven dat de effectiviteit van vrije prijsvorming (in dat deel van de zorg dat voorzienbaar is) mede afhankelijk is van een voldoende volume van het zorgaanbod dat hieronder valt.

Met de Zvw is onder meer beoogd in de zorgmarkt geleidelijk vrije prijsvorming in te voeren bij die verrichtingen die zich daarvoor lenen. De Raad wijst op het belang de met het nieuwe zorgstelsel in gang gezette dynamiek inzake de wijze van prijsvorming niet nodeloos te onderbreken of te stoppen. Gelet hierop meent de Raad dat de toelichting onvoldoende argumenten verschaft voor het maatstafstelsel. De Raad mist in de toelichting een analyse van de actuele marktverhoudingen en de oorzaken daarvan, in zowel de Zvw- als de AWBZ-sector, op basis waarvan een weloverwogen keuze gemaakt kan worden voor het thans voorgestelde maatstafstelsel in de zorg.

b. De aanwijzing: doel en uitwerking van de maatstaf

De toelichting maakt gewag van het feit dat het voorstel ook gezien moet worden in relatie tot de budgettaire taakstelling inzake de kosten van de zorg. Volgens de toelichting legt de maatstaf het prijsplafond voor zorgaanbieders vast, maar laat die het volume vrij. De Raad wijst erop dat uit de formulering van de maatstaf in de voorgestelde wettekst niet blijkt wat het doel, noch wat de grenzen bij het vaststellen van een maatstaf zijn. Er wordt alleen bepaald dat de NZa na een aanwijzing van de minister een maatstaf kan vaststellen voor de som van de tarieven voor de betrokken prestaties waarvan de levering is aangevangen in de daarbij aangegeven periode.(*zie noot 9*) Er wordt niets bepaald over de wijze waarop de som en de maatstaf worden vastgesteld. Dit kan enerzijds betekenen dat de maatstaf zodanig afhankelijk is van het volume, dat die meegroeit met het door een zorgaanbieder gerealiseerde volume. Anderzijds kan het betekenen dat de maatstaf gefixeerd is en de som of de maatstaf zodanig wordt gedefinieerd dat het gerealiseerde volume op de maatstaf geen invloed heeft, waardoor in feite sprake is van een budgetteringssysteem zoals dat thans geldt. In het eerste geval kan de maatstaf volgens de Raad bezwaarlijk worden gezien als een instrument voor kostenbeheersing op macroniveau. In het tweede geval kan de maatstaf optimaal worden ingezet als budgetteringssysteem, maar lijkt werking van het maatstafstelsel voor het doel van bevordering van marktwerking en verhoging van efficiëntie en kwaliteit niet aannemelijk.

De Raad merkt op dat de voorgestelde invulling van het maatstafstelsel in de toelichting en in de rapporten van de NZa gebaseerd lijkt te zijn op de eerste optie, maar dat de voorgestelde wettelijke grondslag voor de aanwijzing van de minister daartoe dermate onbegrensd is, dat niet kan worden uitgesloten dat dit systeem ook op andere wijze kan en

zal worden ingevuld. Op grond van het wetsvoorstel is de aanwijzingsbevoegdheid van de minister op dat punt onbepaald; niet helder is vastgelegd waartoe de aanwijzing dient, noch wat de criteria van die aanwijzing (zullen) zijn. Evenmin wordt in het wetsvoorstel vastgelegd wat het doel en de inhoud van de maatstaf zijn. De Raad is daarom van mening dat de wet op dit punt onvoldoende duidelijkheid en daarmee rechtszekerheid biedt aangaande de inhoud van het toe te passen maatstafstelsel.

c. Efficiëntie en de prijs-kwaliteitverhouding bij zorgaanbieders

Het maatstafstelsel heeft voorts tot doel de efficiëntie van zorgaanbieders en de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg te verbeteren. Wat betreft deze beoogde stimulans van efficiëntie en kwaliteitsverbetering wijst de Raad erop dat van verschillende zijden is gewezen op het mogelijk tegengestelde effect bij zorgaanbieders, namelijk de productie van 'dure' DBC's in plaats van goedkopere DBC's, gevaar van kwaliteitsverlaging (door een gerichtheid op de maatstaf), een opwaartse prijsdruk richting de maatstaf (vooral als er sprake is van veel marktmacht), selectie van patiënten, geen mogelijkheid voor of prikkel tot innovatie en het tegenwerken van taakafplitsing. Het voorgestelde stelsel raakt daarmee de (verdere ontwikkeling van de kwaliteit van de) medische zorg. In dat verband vraagt de Raad aandacht voor de gevolgen die het maatstafstelsel kan hebben voor de eigen verantwoordelijkheid en professionaliteit van de medische beroepsbeoefenaren; daardoor komt de kwaliteit en de diversiteit in aanbod van de zorgverlening aan patiënten in het geding.

Bovendien moet gevreesd worden dat het maatstafstelsel zal bijdragen aan een verhoging van de administratieve lasten en aan een nog grotere ingewikkeldheid van de financieringspraktijk, door de verschillende bekostigingssystemen die naast elkaar zullen functioneren. Daarbij merkt de Raad op dat het instrument van de maatstaf naar zijn oordeel vooral kans van slagen heeft op een markt met homogene producten, maar dat de toepasbaarheid en vormgeving daarvan problematischer worden naarmate de producten in de markt heterogener worden, omdat het dan van belang is om de verschillen te verdisconteren in het instrument, hetgeen op de zorgmarkt niet eenvoudig blijkt te zijn. (zie noot 10) Het valt de Raad voorts op dat in de toelichting onvoldoende aandacht wordt besteed aan de marktverhoudingen in en de ruimte voor concurrentie op het terrein van de AWBZ-zorg, terwijl de wettelijke grondslag in het wetsvoorstel ook voorziet in de mogelijkheid het maatstafstelsel in deze zorgsector toe te passen.

d. Conclusie

Gezien het stelsel en de bedoeling van de Zvw, de hierboven beschreven positieve ervaringen met de eerste tranche van 10% vrije prijsvorming, het belang om de met de Zvw in gang gezette dynamiek in het zorgstelsel van verdere impulsen te voorzien, de onbepaaldheid van het maatstafstelsel en van de aanwijzingsbevoegdheid in het wetsvoorstel alsmede de vragen die te stellen zijn bij de bevordering van efficiëntie en prijs-kwaliteitverhouding, is de Raad van mening dat de afweging van voor- en nadelen van het maatstafstelsel enerzijds en een verdere geleidelijke verruiming van de toepassing van de vrije prijsvorming anderzijds, noopt tot een herbezinning op de keuze voor het maatstafstelsel.

Op grond van het bovenstaande adviseert de Raad het maatstafstelsel te heroverwegen.

2. De vormgeving en werking van het maatstafstelsel

Onverlet het bovenstaande merkt de Raad over het maatstafstelsel het volgende op.

a. Inhoud en omvang van het zorgsegment onder het maatstafregime

Uit de in de toelichting genoemde kamerstukken en rapporten van de NZa valt af te leiden dat voor 30% van de zorg geen vrije prijsvorming kan worden ingevoerd vanwege de aard

van die zorg. Met ingang van 2008 is voor 20% van de gehele zorg vrije prijsvorming ingesteld. Dit betekent dat het maatstafstelsel zich kan uitstrekken over 50% van de zorg. De Raad ziet evenwel in het rapport van de NZa dat binnen de resterende 50% die wordt gebracht onder prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie er een deel is waarbinnen sprake is van vaste tarieven binnen de maatstaf. (zie noot 11) Het is de Raad niet duidelijk hoe vaste tarieven binnen het maatstafstelsel kunnen worden ondergebracht. Immers, op het moment dat een tarief vast staat, bestaat hier in het kader van het maatstafstelsel amper onderhandelingsruimte en is geen concurrentie meer mogelijk. De Raad acht het wenselijk hieromtrent meer duidelijkheid te geven.

Het is voorts niet duidelijk welk deel van dit resterende deel van de zorg onder het maatstafstelsel zal worden gebracht en welk regime dan zal gelden voor het deel dat daaronder niet zal worden gebracht. De Raad acht duidelijkheid hieromtrent van belang om te kunnen bepalen wat het effect van het stelsel van maatstafconcurrentie zal zijn, omdat voor de marktpartijen de omvang en de inhoud van het zorgsegment waarvoor het maatstafstelsel geldt bepalend zullen zijn voor de mogelijkheid tot daadwerkelijk concurrentie. Er is een bepaald volume vereist om marktwerking en vrije prijsvorming daadwerkelijk te kunnen laten werken. Het wetsvoorstel regelt uitsluitend dat de NZa een maatstaf zal vaststellen na een daartoe strekkende aanwijzing van de minister, maar geeft over de omvang en inhoud van het zorgsegment geen duidelijkheid. De mogelijke uitwerking van het maatstafstelsel is daarom moeilijk te beoordelen.

b. De vormgeving van het maatstafinstrument

Naast de inhoud en de omvang blijkt ook de exacte vormgeving van het maatstafinstrument nog niet helder te zijn, getuige bijvoorbeeld eerdergenoemd consultatiedocument van de NZa en de verschillende versies van het instrument in de verschillende rapporten. Het is niet uitgesloten dat kostenverschillen tussen ziekenhuizen die niet met doelmatigheid te maken hebben, ten onrechte toch worden betrokken bij de berekening van het prijsplafond, omdat deze variabelen niet bekend zijn of niet kunnen worden gemeten. Ook het omgekeerde kan het geval zijn, namelijk dat in de berekening van de maatstaf geen rekening wordt gehouden of kan worden gehouden met de verschillen die buiten de macht van zorgaanbieders liggen en toch medebepalend zijn voor de prijs die ze (moeten) hanteren. De Raad denkt hierbij bijvoorbeeld aan de adherentiegroep van een zorgaanbieder of andere factoren in de markt, zoals de beschikbaarheid van medisch specialisten.

Voorts kunnen vragen worden gesteld bij de houdbaarheid van een maatstaf die gebaseerd is op historische kostprijs- en productiegegevens, omdat de financiële afwikkeling in de zorg vaak na lange tijd plaatsvindt, waardoor gegevens pas laat beschikbaar komen. Ook is niet duidelijk in hoeverre in het maatstafinstrument rekening wordt gehouden met de kapitaallastenproblematiek, die voor iedere zorginstelling heel verschillend kan zijn. Behalve de praktische problemen heeft een en ander ook tot gevolg dat een maatstaf die per instelling verschilt, juridisch kwetsbaar is.

Ook om deze reden is de mogelijke uitwerking van het maatstafstelsel moeilijk te beoordelen.

c. De tijdelijkheid van het maatstafstelsel

Het maatstafstelsel is volgens de toelichting bedoeld als een tijdelijke maatregel. Ten aanzien van die tijdelijkheid wordt gesteld dat, afhankelijk van de mate waarin vrije prijsvorming tot goede resultaten leidt, in 2011 wordt besloten of deze per 2012 kan worden beëindigd. In het wetsvoorstel wordt aan deze tijdelijkheid echter geen uitdrukking gegeven, zodat hieromtrent geen duidelijkheid noch zekerheid bestaat. (zie noot 12) Evenmin is helder op grond van welke criteria de maatstaf zal worden afgeschaft, hetgeen bijdraagt aan het gevaar dat de tijdelijk bedoelde maatstaf permanent wordt. Voorts betwijfelt de Raad of de

eventuele effecten van het maatstafstelsel reeds na twee jaar kunnen worden gemeten en beoordeeld, gezien de eerder genoemde financiële na-ijleffecten in de zorgsector, die ook voor het maatstafstelsel zullen gelden. De Raad acht het aangewezen dat de tijdelijkheid van het maatstafstelsel in de wet zelf wordt opgenomen en dat over de overige genoemde punten in het voorstel helderheid wordt verschaft.

d. De werking van een gemiddeld tarief

De toelichting stelt dat met het middel van de maatstaf partijen kunnen worden bewogen tot efficiëntieverbetering. De Raad leest in de toelichting echter niet of de veronderstelling die aan het maatstafstelsel ten grondslag ligt, in alle gevallen opgaat, namelijk dat zorgaanbieders die een hogere dan de gemiddelde prijs hanteren, inefficiënt werken. Het kan volgens de Raad ook zo zijn dat een hoger dan gemiddeld tarief veroorzaakt wordt door de bijzondere omstandigheden waarin een zorgaanbieder functioneert, zoals de eerder genoemde adherentiegroep, en niet door inefficiëntie. Afgezien daarvan geeft de toelichting geen duidelijkheid over de vraag waarop de veronderstelling is gebaseerd dat marktpartijen binnen de kunstmatige marktsetting in het maatstafstelsel geprikkeld worden tot efficiëntie en onderhandeling over prijs en kwaliteit. Immers, partijen hebben weliswaar de vrijheid om de tarieven per DBC en/of ziektekostenverzekeraar te differentiëren, maar daarbij mag het totaal van de tarieven de maatstaf niet overschrijden. In het maatstafstelsel is feitelijk sprake van een gemiddelde standaardprijs en een prijsplafond, die dezelfde werking kunnen hebben als een maximumprijs in een vrije marktsetting, namelijk hantering van die maximumprijs. Temeer nu de maatstaf gebaseerd is op een landelijk gemiddelde, kan dit stelsel het effect teweeg brengen, dat als partijen hun tarieven in ruime mate onder het prijsplafond (landelijk gemiddelde) gaan vaststellen (dus in de systematiek van het maatstafstelsel efficiënt werken), daarna ook de maatstaf neerwaarts wordt bijgesteld. Hiervan kan een impuls uitgaan om met de prijs niet onder, maar dicht bij de het prijsplafond te gaan zitten. Voorts wordt ook in dit verband gewezen op ander ongewenst strategisch gedrag van zorgaanbieders als gevolg van een maatstaf, zoals ontmoediging van kwaliteitsverbetering en innovatie als die tot prijsstijging leiden, productie van 'dure' DBC's en selectie van patiënten.

Tegen de achtergrond van het bovenstaande is onzeker wat de feitelijke gevolgen zijn van de introductie van de maatstaf, aangezien deze ook negatief zou kunnen uitwerken voor de kwaliteit, de prijs en de innovatie van de zorg.

e. Verschillende bekostigingssystemen

Door de introductie van het maatstafstelsel in dit wetsvoorstel zullen de zorgaanbieders worden geconfronteerd met een nieuw bekostigingsregime, naast de reeds bestaande. Overigens wordt in dit wetsvoorstel ook nog geïntroduceerd het bekostigingsinstrument van een beschikbaarheidsbijdrage en een instrument om vorderingen op zorgaanbieders te innen, de zogenoemde vereffeningsbijdrage. De toelichting gaat niet in op de vraag wat deze segmentatie van de bekostiging betekent voor de administratieve lasten van vooral de zorgaanbieders en daarnaast de zorgverzekeraars. De Raad denkt daarbij niet alleen aan de facturering (welk tarief gehanteerd moet worden), maar ook aan de aanlevering van gegevens die nodig is om de NZa in staat te stellen de verschillende financiële instrumenten toe te passen. Naar het de Raad voorkomt zullen de voorgestelde instrumenten in ieder geval niet bijdragen aan een vermindering van administratieve lasten of vereenvoudiging van het financieringssysteem in de zorgsector als geheel.

f. Conclusie

Op grond van het bovenstaande komt de Raad tot de conclusie dat het wetsvoorstel geen duidelijkheid verschaft over de inhoud en omvang van het zorgsegment waarvoor het

maatstafstelsysteem zal gaan gelden, over de vormgeving en tijdelijkheid van het maatstafstelsysteem, over de (mogelijk negatieve) werking van een gemiddeld en vast tarief binnen het maatstafstelsysteem, en over de administratieve lasten van de voorgestelde financieringssystemen.

De Raad adviseert het maatstafstelsysteem ook op deze gronden te heroverwegen.

3. Artikelsgewijze opmerkingen

a. In artikel I, onderdeel A, wordt in het voorgestelde artikel 2, tweede lid, WMG bepaald dat zorg, zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars kunnen worden uitgezonderd van (een deel van) de WMG. De toelichting op dit artikel stelt dat in de praktijk behoefte bestaat om bepaalde beroepsbeoefenaren of verzekeraars uit te zonderen, hetgeen in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG tot een omslachtige omschrijving leidt.

De Raad wijst erop dat thans in genoemd besluit geen uitzondering voor ziektekostenverzekeraars is gemaakt en dat de toelichting geen motivering geeft voor die uitzondering.

De Raad adviseert de toelichting op dit punt aan te vullen, dan wel het voorstel op dit punt aan te passen.

b. In het voorgestelde artikel 56b WMG wordt opgenomen de mogelijkheid tot het opleggen van een vereffeningbijdrage aan zorgaanbieders, als zij teveel in rekening hebben gebracht op basis van tarieven van de NZa, die nadien door de NZa zijn verlaagd. Het instrument van de vereffeningbijdrage wordt vooral van belang geacht bij de overgang van het budgetstelsysteem naar een maatstafstelsysteem, omdat in het laatste geval niet meer door bijstelling van tarieven, die immers binnen marges vrij zijn, kan worden verrekend.

Het is niet duidelijk hoe snel deze vereffening haar beslag dient krijgen. Vooral als partijen meer onderhandelingsvrijheid op een bepaald zorgsegment krijgen, is het volgens de Raad van belang dat de vereffening snel zal plaats vinden.

Overigens ziet de Raad niet in waarom in het voorgestelde artikel 56b, tweede lid, onderdeel a, WMG ook de zorgaanbieder wordt genoemd als degene die een aanvraag tot vereffening kan doen, aangezien die vereffening niet tot zijn voordeel strekt.

De Raad adviseert de toelichting op genoemde punten aan te vullen en zo nodig het voorstel aan te passen.

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

De Raad van State heeft bezwaar tegen de inhoud en de opzet van het voorstel van wet en geeft U in overweging dit niet aldus te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

De Vice-President van de Raad van State

Bijlage bij het advies van de Raad van State betreffende no.W13.07.0492/I met redactionele kanttekeningen die de Raad in overweging geeft.

- In artikel I, onderdeel C, onderdeel 3, "k. de consumentenautoriteit" vervangen door: k. de Consumentenautoriteit.

- In artikel I, onderdeel G, in het voorgestelde artikel 35, zesde lid, onderdeel a, WMG "a. met de som van de tarieven voor de betrokken prestaties die maatstaf te overschrijden" vervangen door: a. met de som van de tarieven voor de betrokken prestaties in de daarbij aangegeven periode die maatstaf te overschrijden.

- In artikel I, onderdeel Q, tweede lid, aanhef wijzigen als volgt: In onderdeel a vervalt "of". Onder vervanging van de komma aan het slot van onderdeel b door ", of" wordt een onderdeel toegevoegd, luidende: (Aanwijzing 238 van de Aanwijzingen voor de regelgeving)
 - In artikel I, onderdeel R, het voorgestelde artikel 84a, eerste lid, WMG "bedoeld in artikel 72" vervangen door: bedoeld in artikel 72, eerste lid, onderdeel b. (Op grond van de voorgestelde bepaling zou de NZa ook een last onder dwangsom kunnen opleggen als niet voldaan wordt aan de medewerkingsplicht bij andere toezichthouders, hetgeen niet de bedoeling is.)
 - In artikel II, het voorgestelde artikel 39, derde lid, in plaats van de aanduiding g. de aanduiding h. voor het toegevoegde onderdeel plaatsen.
 - In artikel III, het voorgestelde artikel 90, eerste lid, onderdeel f, van de Wet financiering sociale verzekeringen, "op aanwijzing door" vervangen door: op aanwijzing van.
 - Het opschrift "Artikel VI" vervangen door: Artikel V.
-

Nader rapport (reactie op het advies) van 10 februari 2010

De Raad maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel zoals dat voor advies is ingediend een aantal opmerkingen met betrekking tot het motief, de vormgeving en toepassing van de specifieke uitwerking van het instrument maatstaf, en enkele andere punten. De Raad is van oordeel dat in verband met deze opmerkingen over het voorstel in deze vorm niet positief kan worden geadviseerd.

Voordat wordt ingegaan op de specifieke punten die de Raad aanvoert, stel ik vast dat het wetsvoorstel alleen het instrumentarium van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) vergroot, maar niet direct dwingt tot de inzet van dat instrumentarium. Verder stel ik vast dat de Raad alleen inhoudelijke bezwaren aanvoert tegen een voorgenomen uitwerking van een bepaalde vorm van maatstafstelsel en niet tegen de aanvulling van de WMG met de instrumenten beschikbaarheidbijdrage, vereffeningbedrag. Die nieuwe instrumenten moesten in combinatie met bestaande instrumenten uit de WMG op zich een wettelijke grondslag bieden voor een begrenzingsstelsel in de toekomst. Ook heeft de Raad geen andere dan tekstuele opmerkingen over de formuleringen en vormgeving van de verschillende in de WMG op te nemen bepalingen en kan de Raad zich kennelijk met de voorgestelde wetstechniek verenigen.

1. Het motief voor het instrument maatstaf

Het wetsvoorstel dat met het oog op de overgang van een budgetsysteem naar prestatiebekostiging aan de Raad is voorgelegd was noodzakelijk voor het realiseren van de tijdelijk toepassing van een door de zorgautoriteit, specifiek voor instellingen voor medisch specialistische zorg ontwikkeld maatstafmodel. De Raad vond de noodzaak voor de toepassing van dat specifieke model onvoldoende gemotiveerd. Volgens de Raad waren andere mogelijkheden om prestatieprikkels in de medisch specialistische zorg in te voeren, die geen wetswijziging noodzakelijk maakten, onvoldoende benut, en wees daarbij op de vergroting van het B-segment. De Raad adviseerde het maatstafmodel en daarmee ook de wetsvoorstel te heroverwegen.

Het advies van de Raad is gevolgd. Van het voorgenomen specifieke maatstafmodel is definitief afgezien. In de brief Waardering voor Betere Zorg III, van 19 december 2008, van de minister aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, is aangekondigd dat indien nodig te gelegener tijd kan worden overgegaan naar een prijsbeheersingsinstrument dat al reeds in de

WMG is opgenomen (Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 74). In het Algemeen Overleg met de Vaste Commissie voor VWS op 26 juni 2009 is die brief besproken en is dat voornemen aanvaard. Inmiddels is het B-segment na en conform het advies van de Raad stapsgewijze vergroot (tot 34% van de ziekenhuiszorg).

Het kabinet kiest nog steeds voor prestatiebekostiging in de zorg. Dat is bevestigd in het kabinetsstandpunt op het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg getiteld 'Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg' van 2 juli 2009 (Kamerstukken II, 2008/09, 29 689, 268). Een uitgebreide motivering is opgenomen in de brief Waardering voor Betere Zorg IV van 19 januari 2010 die aan beide Kamers der Staten-Generaal is gezonden (CZ/TSZ 2973145).

Met het definitief afzien van de invoering van het maatstafmodel is er geen inhoudelijke onderbouwing van het voorgelegde wetsvoorstel meer.

Inmiddels is besloten via een andere weg stappen te zetten naar meer prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg. Die stappen zijn beschreven in de bovengenoemde brief 'Waardering voor Betere Zorg IV'.

Een nieuw wetsvoorstel met een nieuwe motivering met betrekking tot de noodzaak van prestatiebekostiging zal met een verzoek tot het uitbrengen van een spoedadvies aan de Raad van State worden voorgelegd.

Dat nieuwe wetsvoorstel zal slechts die wetsartikelen bevatten uit het oorspronkelijke voorstel die betrekking hebben op de beoogde wijze van prestatiebekostiging. De technische wijzigingen die in het oorspronkelijke voorstel waren opgenomen zullen in een ander wetsvoorstel worden opgenomen samen met andere technische wijzigingen en aanvullingen. In beide wetsvoorstellen zal met de opmerkingen van de Raad over het bijgaande voorstel van wet en de daarbij behorende memorie van toelichting rekening worden gehouden.

Daartoe gemachtigd door de ministerraad moge ik U verzoeken goed te vinden dat het advies van de Raad van State buiten verdere behandeling wordt gelaten en dat het onderhavige nader rapport tezamen het advies van de Raad van State en het voorstel van wet en de daarbij behorende memorie van toelichting zoals deze aan de Raad van State zijn voorgelegd, openbaar wordt gemaakt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

(1) Memorie van toelichting. 2. Maatstafstelsel. 2.1 Historie maatstafstelsel.

(2) Memorie van toelichting. 2. Maatstafstelsel. 2.2 Het instrument maatstaf.

(3) Memorie van toelichting. 2. Maatstafstelsel. 2.1 Historie maatstafstelsel.

(4) Kamerstukken II 2006/07, 29 248, nr. 36.

(5) NZa. Uitvoeringstoets. Op weg naar vrije prijzen. Maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg. April 2007, blz. 7; NZa. Consultatiedocument Prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2009-2011. Van productiviteitsscore naar het individuele prijsplafond. Oktober 2007, blz. 19.

(6) Kamerstukken II 2007/08, 29 248, nr. 45, blz. 2.

(7) Monitor Ziekenhuiszorg 2007, juni 2007, blz. 7.

(8) Onderzoek Marktwerkingsbeleid. Kamerstukken II 2007/08, 24 036, nr. 343.

(9) Het voorgestelde artikel 50, tweede lid, jo. 59, onderdeel c, WMG.

(10) Zie voor dit onderwerp punt 2b.

(11) NZa, 19 april 2007. Uitvoeringstoets. Op weg naar vrije prijzen. Maatstafconcurrentie

voor medisch specialisten. Blz. 17. Het gaat hier om zorg op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, Intensive Care en dure en weesgeneesmiddelen.

(12) De tijdelijkheid komt niet tot uitdrukking in het opschrift en de regeling van de werkingsduur; zie hiervoor paragraaf 4.16 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

[Gehele tekst ontwerpregeling met toelichting \(doc, 225 kB\)](#)