

3

Kostenbeheersing

Mr. dr H.E.G.M. Hermans, IBMG
Prof. dr. ir. R.D. Friele, NIVEL

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op één van de doelstellingen van de Wmg, namelijk dat de Wmg bevordert dat waar dat moet de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. Centraal daarbij staat het publieke belang om te komen tot een beheerste kostenontwikkeling in zowel de gereguleerde markten als in de geliberaliseerde markten⁸¹. Daartoe worden de instrumenten voor kostenbeheersing in de Wmg besproken en de wijze waarop zij al dan niet hebben bijgedragen aan het realiseren van de kostenbeheersing. Dit hoofdstuk heeft een inhoudelijke relatie tot hoofdstuk 2 dat gaat over het maken van markten.

In dit hoofdstuk wordt allereerst nader ingegaan op de doelstelling rond kostenbeheersing en vervolgens op de instrumenten van de Wmg die betrekking hebben op het bereiken van kostenbeheersing. Vervolgens op de verhouding tot de Europese regelgeving en de consistentie ten opzichte van overige wetgeving, met name de AWBZ en de Zvw. Het hoofdstuk sluit af met de invoering van de instrumenten in de praktijk, mede op basis van drie casus, en conclusies.

3.1 De doelen in de Wmg met betrekking tot het bereiken van kostenbeheersing.

3.1.1 Kostenbeheersing in de Wmg

In de considerans van de voorloper van de Wmg, de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) wordt kostenbeheersing als doelstelling als volgt geformuleerd: “dat het wenselijk is regelen te stellen ter bevordering van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg mede met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling daarvan”.

In de periode waarin de Wmg werd voorbereid riep de aanzienlijke stijging van de zorguitgaven als zodanig vragen op over de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn.⁸² In de jaren 2001 en 2002, bijvoorbeeld, was het zorgvolume met ruim 14 procent gestegen terwijl de reële economische

81 Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg, Wet marktordening gezondheidszorg, Wet van 7 juli 2006, Stb. 2006, 415.

82 Kamerstukken II 2004–2005, 30 186, nr.3, p.7 (MvT).

groei in die periode 1,5 procent bedroeg. Het werd dan ook van groot belang geoordeeld de collectieve lastendruk voor verzekerden in de hand te houden. In de considerans van de Wmg is kostenbeheersing ook als één van de doelen van de wet geformuleerd, maar nu nadrukkelijk in het perspectief van de ontwikkeling en ordening van markten: “dat het wenselijk is regels te stellen inzake de ontwikkeling en ordening van markten op het gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg”.

Voor de Wmg is het Budgettair Kader Zorg (BKZ) nog steeds van groot belang.⁸³ Sinds 1994 bepaalt het BKZ de ruimte die beschikbaar is voor de collectieve financiering van zorguitgaven⁸⁴. Het gewenste uitgavenniveau⁸⁵ wordt door een veelheid van factoren bepaald: de hoogte van de premies, de koopkracht, de inkomensontwikkelingen, het financieringstekort en soms ook door beleidsmatige overwegingen met betrekking tot de inhoud van de zorg (bijvoorbeeld de verschuiving naar de eerste lijn)⁸⁶.

Het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg is één van de publieke belangen die gediend moeten worden met het nieuwe zorgstelsel. Centraal staat het streven naar een beheersing van de collectieve zorguitgaven met het oog op het behoud van de financiële toegankelijkheid van noodzakelijke zorg op lange termijn. Dit doel draagt op zijn beurt weer bij aan de concurrentiepositie van de Nederlandse economie, doordat de zorgkosten beheerst blijven. Binnen de Europese Unie zijn het EMU (Economische en Monetaire Unie) -saldo en de EMU-schuld de belangrijkste indicatoren voor de gezondheid van de overheidsfinanciën.⁸⁷ De EMU-norm van 3% is daarbij tot voor kort steeds bepalend geweest. In de (EMU) is een overheidstekort van meer dan drie procent van het BBP (EMU-tekortnorm) in feite niet toegestaan. Op basis van het Stabiliteitspact⁸⁸ kan door de Europese Unie (EU) worden ingegrepen bij een dreigende overschrijding van die EMU- tekortnorm. Een verslechterde economische situatie heeft gevolgen voor de overheidsfinanciën, onder andere door lagere belastinginkomsten en de stijging van (met name) de werkloosheidsuitgaven. Daardoor zou een EMU-tekort snel kunnen stijgen.⁸⁹ Ook een overschrijding van het BKZ kan bijdragen aan een toenemend EMU-tekort. In de praktijk blijkt het uitgavenkader voor de zorg nauwelijks te beheersen te zijn⁹⁰

83 Het BKZ werd in 1992 ingevoerd door de Wet beperking contracteerplicht en invoering van maximumtarieven, Wet van 20 november 1991, Stb. 1991, 584.

84 Zie Kam de 2009, p.72.

85 De bruto-BKZ-uitgaven zijn fr totale uitgaven die worden gefinancierd via opbrengsten uit premieheffing (AWBZ, Zvw), rijksbijdragen, eigen betalingen van patiënten en overige ontvangsten. Bijlage 11, Financieel Beeld Zorg 2008, p.126.

86 R.L.J.M. Scheerder 1997, p. B.14-1-1 / B.14-8-2.

87 CBS, EMU-saldo en -schuld, www.cbs.nl.

88 Het stabiliteitspact is een overeenkomst tussen de landen die deelnemen aan de Economische en Monetaire Unie (EMU), waarin afspraken zijn gemaakt over het beperken van onderlinge verschillen in economische ontwikkeling; EG Verordening 1467/97.

89 Werkgroep Gerritse 2009.

90 de Kam de 2009, p.73.

De uitgaven die vallen binnen het BKZ kunnen neerwaarts worden bijgesteld door verschillende typen maatregelen. Daarbij gaat het om⁹¹:

- 1 regulering van prijzen, capaciteit en volume;
- 2 algemene of specifieke budgetplafonds, en
- 3 verschuivingen naar eigen verantwoordelijkheid (uitdunning verstrekkingenpakket of verhoging eigen betalingen)

Voor elk van deze maatregelen geldt volgens de ambtelijke werkgroep Gerritse, die de regering adviseerde over de te treffen maatregelen als gevolg van de verslechterde economische situatie, dat zij een lange implementatietermijn hebben, de werkgroep Gerritse heeft het over een termijn van minimaal 1 jaar.⁹² Bovendien staat de haalbaarheid niet zonder meer voor alle maatregelen vast. Beheersing van de zorguitgaven is lastig omdat burgers in Nederland een goede gezondheid zeer op prijs stellen en zij zonder financiële drempels van betekenis toegang tot zorgvoorzieningen hebben. Dat maakt het voor politici lastig om effectieve maatregelen te nemen om de collectief gefinancierde (netto)zorguitgaven in de grenzen van het BKZ te houden.⁹³ Verder merkt de werkgroep Gerritse op, dat voor voorstellen in de curatieve zorg geldt dat de opbrengst voor het Budgettair Kader Zorg niet gelijk is aan het effect op het EMU-saldo, doordat de zorgpremies meedalen met een verkleining van het basispakket respectievelijk verhoging van het eigen risico.⁹⁴

Tussen de verschillende publieke belangen bestaat een inherente spanning.⁹⁵ Zo kunnen kwaliteitseisen de prijs opdrijven, zodat de betaalbaarheid onder druk komt te staan. In een aanbods-gereguleerd systeem manifesteert die spanning zich als volgt. De uitgaven aan gezondheidszorg worden begrensd door de omvang van de aanwezige voorzieningen (of verrichtingen) en de prijs van elk van die voorzieningen te beperken. Die totale vanuit het aanbod bepaalde kosten waren vervolgens maatgevend voor de aanspraken, de premies en andere bijdragen, zoals weergegeven in de formule: voorzieningen x prijs = kosten.⁹⁶ De ZFW en de AWBZ stelden zorgaanspraken en -verstrekkingen betaalbaar door het verzekeren en het financieren van de zorg die in natura werd verleend. Eén van de nadelige effecten van het begrenzen van de omvang van voorzieningen of verrichtingen is het ontstaan van wachtlijsten. Wachtlijsten als gevolg van het aanbodgereguleerde stelsel stonden echter op gespannen voet met zorgaanspraken op grond van de ZFW en de AWBZ. Mede door rechterlijke uitspraken is het oorspronkelijk als gesloten bedoelde aanbodgereguleerde systeem opengebroken.⁹⁷

91 Kamerstukken II 2003–2004, 29 200, hoofdstuk XVI, nr.2, p.301-302 (Financieel Beeld Zorg, Rijksbegroting 2004).

92 Werkgroep Gerritse 2009, p.27.

93 Zie Kam de 2009, p.74.

94 Er is wel een EMU-saldo effect via de zorgtoeslag, maar dat is kleiner dan het (directe) kader effect..

95 Zie ook de evaluatie van de Zvw-Wzt, hoofdstuk 2.

96 Zie Hubben en van Zenderen 2002, p.17.

97 Zie hiervoor onder meer: Pres. Rechtbank 's-Gravenhage 18 december 1998, TvGR, 1999/17; Hof 's-Gravenhage, 23 december 1999, TvGR 2000/27; Pres, Rechtbank Utrecht, 29 oktober 1999, TvGR 2000/28.

Een stelsel waar de vraag centraal staat heeft natuurlijk als eerste doelstelling om zo goed mogelijk bij deze vraag aan te sluiten. Maar ook in een vraag gereguleerd stelsel blijft beheersing van de kosten een publiek belang. Ook in een vraaggestuurd systeem bestaat spanning tussen aanspraken van verzekerden op zorg en kostenbeheersing. Die spanning is in verschillende rechterlijke procedures aan de orde gekomen. Kenmerkend hiervoor is de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank 's-Gravenhage, van 13 november 2007.⁹⁸ De kern van het geschil werd gevormd door de vraag of het stelsel van kostenbeheersing (met de contracteerruimten en de daarmee verbonden budgettaire plafonds) waarop de aanwijzing van de minister en de beleidsregel van de NZa waren gebaseerd, onrechtmatig was, doordat de zorgaanspraken van AWBZ-verzekerden daardoor werden beperkt of beknot. Volgens de rechter hebben de Staat en de NZa “de vrijheid, en binnen de voor hen geldende kaders de plicht, om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen”. “Kostenbeheersing is een publieke, in de wetgeving verankerde taak. In de keuze van de (bestuurlijke en juridische) middelen zijn de betrokken overheidsorganen in hoge mate vrij”.

Marktprikkels kunnen een bijdrage leveren aan de beheersing van kosten, bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders efficiënter gaan werken, waardoor de prijs van de geleverde zorg omlaag kan. Maar marktprikkels kunnen er ook toe leiden dat het volume van deze geleverde zorg juist stijgt, waardoor de totale uitgaven juist stijgen, zoals ook al in hoofdstuk 2 is besproken. Daarbij speelt ook nog het bijzondere karakter van de gezondheidszorg.⁹⁹ Omdat consumenten hun kosten op de ziektekostenverzekeringen kunnen afwentelen, zou de prijs geen middel zijn waarmee de consument zijn preferenties in voldoende mate tot uitdrukking brengt. Daarnaast kan de patiënt zijn behoefte aan zorg en de aard en kwaliteit daarvan maar deels zelfstandig beoordelen.¹⁰⁰

Daarom zijn er naast marktprikkels ook andere mechanismen nodig om kostenbeheersing mogelijk te maken. In een systeem waarin de vraag centraal staat is kostenbeheersing mogelijk door beïnvloeding van de vraag. Dit kan onder andere door beperkingen te stellen aan de omvang van het verzekerde pakket (het wettelijke basispakket), de invoering van eigen betalingen (eigen bijdragen van zorggebruikers of eigen risico's voor verzekerden).¹⁰¹

Samengevat kan worden gesteld dat het publieke belang van beheersing van kosten ook in de considerans van de Wmg terugkomt in het streven naar een beheerste kostenontwikkeling. Het belang van deze kostenbeheersing ligt breder dan de gezondheidszorg en is uiteindelijk te herleiden tot een nationaal economisch belang. Dit belang wordt ook door de rechter erkend, waarbij de overheid en overheidsorganen een hoge mate van vrijheid hebben om deze taak in te vullen. Kostenbeheersing komt niet vanzelf en marktprikkels kunnen weliswaar bijdragen aan efficiëntie, maar ook aanleiding zijn voor bijvoorbeeld volumestijgingen. De overheid heeft diverse mogelijkheden ter beschikking om de kostenontwikkeling te beïnvloeden, zoals het stellen van grenzen aan de omvang van het pakket, de invoering van eigen betalingen of tariefmaatregelen.

98 Voorzieningenrechter van de rechtbank 's-Gravenhage, van 13 november 2007, LJN: BB7623, 295485 / KG 07/1152

99 Commissie prijsvorming in de zorgsector 1992, p. 99.

100 Gezondheidsraad 1986, p. 136-138.

101 Kamerstukken II 2000-2001, 27 855, nr.2, p. 9.

3.2 Welke instrumenten bevat de wet om kostenbeheersing te bewerkstelligen?

In deze paragraaf zullen wij ons in het bijzonder richten op het specifieke Wmg-instrumentarium dat vanuit het oogpunt van het realiseren van kostenbeheersing van belang is.

3.2.1 Aanwijzing Minister

De minister kan de NZa onder andere algemene aanwijzingen geven omtrent door de NZa te stellen beleidsregels inzake de tarieven (prijzen) en prestaties (art. 7 Wmg). Voor het wijzigen van een aantal beleidsregels, onder meer waarbij de tariefstructuur wordt gewijzigd, is voorafgaand een aanwijzing van de Minister van VWS noodzakelijk (art. 59 Wmg).

Volgens de Wmg bepaalt de minister van VWS het beleid.¹⁰² De minister kan de NZa een aanwijzing geven om bijvoorbeeld maximum-, bandbreedte- of minimumtarieven vast te stellen of een experiment met vrije tarieven uit te werken. De zorgautoriteit kan hiertoe suggesties doen aan de minister, bijvoorbeeld op grond van haar marktonderzoek. Een aanwijzing kan voor een bepaalde periode gelden. Zo'n overgangperiode kan alle partijen, inclusief de minister en de zorgautoriteit, de ruimte bieden om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden. Zij kunnen waar nodig vooraf passende maatregelen treffen dan wel (bij een experiment) relevante ervaring opdoen voor het besluit of en zo ja, hoe op een deelmarkt vrije tarieven kunnen worden ingevoerd.

De minister heeft ook belangrijke bevoegdheden om de uitvoering van de taken door de NZa te beïnvloeden. Van groot belang daarbij is artikel 7 Wmg. Volgens dat artikel kan de minister de NZa een algemene aanwijzing geven met betrekking tot:

- 1 de werkwijze en de uitoefening van de taken,
- 2 de onderwerpen waaromtrent zij ingevolge de wet regels heeft vastgesteld of kan vaststellen en
- 3 de onderwerpen waaromtrent zij ingevolge de wet beleidsregels heeft vastgesteld of kan vaststellen.

3.2.2 Verbodsbepalingen bij vastgestelde tarieven en prestaties

Krachtens de Wmg kan de NZa de tarieven en prestaties reguleren op het gebied van de gezondheidszorg. Artikel 35 Wmg verbiedt een zorgaanbieder een tarief in rekening te brengen, waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld (op grond van art. 56 Wmg), dat niet overeenkomt met een door de NZa vastgesteld tarief voor de betrokken prestatie, respectievelijk niet binnen de tariefruimte ligt of anders dan op de wijze overeenkomstig de Wmg is vastgesteld (art. 35, lid 1 Wmg).

¹⁰² Kamerstukken II 2004-2005, 25 268, nr.29.

3.2.3 *Beleidsregels*

De zorgautoriteit heeft de bevoegdheid om tarieven en de te hanteren prestatiebeschrijvingen vast te stellen (art. 57 Wmg). Het kan gaan om vaste tarieven, minimumtarieven en/of maximumtarieven, of een combinatie daarvan, bandbreedtetarieven of vrijgestelde. Tenslotte kunnen beleidsregels inhouden onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften en beperkingen voor in die regel te onderscheiden delen van een prestatie of geheel van prestaties daarbij nader aangegeven beleidsregels van toepassing zijn (art. 57, lid 6 Wmg). Deze indirecte omschrijving ziet erop dat bijvoorbeeld voor een geheel van prestaties een beleidsregel geldt waarbij de individuele prestaties vrij onderhandelbare tarieven kennen, doch het geheel van prestaties (bijvoorbeeld van een ziekenhuis in jaar t) aan restricties kan worden onderworpen, zoals een prijsplafond.¹⁰³ Laatstgenoemd artikellid vervangt het oude artikel 11, lid 2, Wet tarieven gezondheidszorg (het ‘macro-budget-artikel’).

3.2.4 *Tariefmaatregel macrobudget*

Het feit dat de macrobudgetbepaling van artikel 11, lid 2 WTG (oud) met de WTG ExPres uit de WTG is verdwenen, doet aan de mogelijkheid om tariefmaatregelen te baseren op macrobudgettaire overwegingen niet af.¹⁰⁴ Hoewel inmiddels de beheersing van het zorgaanbod via de regulering en planning van de zorgcapaciteit grotendeels is verlaten, zijn voor een belangrijk deel wel de instrumenten gehandhaafd die de overheid de mogelijkheid blijven geven om te trachten onder meer de prijzen, tarieven en arbeidsvoorwaarden binnen de perken te houden. Dat geldt ook voor de mogelijkheid om tariefmaatregelen te baseren op macrobudgettaire overwegingen. Dat heeft te maken met het feit dat, zoals hiervoor werd vermeld, de minister op grond van artikel 7 Wmg, de NZa een aanwijzing kan geven voor het opstellen van een beleidsregel die tot een sectorale korting kan leiden. Zoals hierna nog zal blijken (zie 3.5) is dat in de praktijk ook door de minister geëffectueerd. Uit een oogpunt van beheersing van de collectieve lasten kunnen dan ook “ingrepen in de macrokostenontwikkeling nodig zijn”¹⁰⁵. De minister kan bepalen of, en zo ja, in welke sector en in welke mate een ingreep nodig is. Dat vloeit voort uit zijn politieke verantwoordelijkheid. De NZa is verantwoordelijk voor de precieze wijze waarop een dergelijke maatregel verder kan worden uitgewerkt. Zo kan de zorgautoriteit bij het vertalen van een korting naar budgetten en tarieven rekening houden met goed en minder goed presterende aanbieders. “Nu is het vaak nog zo dat een generieke korting wordt opgelegd, waardoor efficiënte aanbieders de facto worden gestraft en niet efficiënte aanbieders worden beloond”, aldus de memorie van toelichting¹⁰⁶. De zorgautoriteit moet de zorgsector vooraf informeren op welke manier zij eventuele kortingen zal opleggen, zodat marktpartijen maximale duidelijkheid werd geboden.

¹⁰³ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.71 (MvT).

¹⁰⁴ Zie Debets en Schroten 2005, p.29.

¹⁰⁵ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.17 (MvT).

¹⁰⁶ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.17 (MvT).

3.2.5 Experimenten en prestatiegerichte bekostiging

De mogelijkheid van experimenten met prestatiegerichte bekostiging bestond al vóór de invoering van de Wmg. Daarom is het met het oog op de geïntroduceerde en uitgevoerde experimenten die doorliepen ten tijde van de van krachtwording van de Wmg (denk aan het hierna onder 3.5.4 besproken experiment fysiotherapie) van belang aan die voorgeschiedenis kort aandacht te besteden. De WTG ExPres bracht op 1 februari 2005 een aantal wijzigingen aan in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Die wijzigingen hielden verband met een viertal hoofdlijnen van de WTG. Daarbij ging het naast het beheerst en soepel invoeren van prestatiegerichte bekostiging, het voorkomen van onnodige bureaucratie of het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude, ook om het houden van experimenten. Deze vier sporen van de WTG ExPres zouden in hun uitwerking onderling moeten kunnen samenhangen.

De naam WTG ExPres is ontleend aan het scheppen van mogelijkheden voor experimenten en het faciliteren van prestatiebekostiging. Daarmee werden volgens de memorie van toelichting mogelijkheden gecreëerd "snel, soepel en beheerst de overheidsbemoediging met de prijsvorming los te laten, terwijl de mogelijkheid tot bijsturen blijft"¹⁰⁷.

3.2.6 De instrumenten van de NZa

De NZa heeft in het kader van het sectorspecifieke markttoezicht verschillende oude en nieuwe instrumenten¹⁰⁸. Daarbij gaat het om het:

- 1 Reguleren van tarieven,
- 2 Reguleren van deelmarkten met vrije tarieven,
- 3 Reguleren van productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie,
- 4 Opleggen administratie- en informatieverplichtingen,
- 5 Handhaven
- 6 Signaleren.

Vanuit een oogpunt van kostenbeheersing zijn daarbij het reguleren van de tarieven, het reguleren van productomschrijvingen en contractvoorwaarden en indirect het reguleren van deelmarkten met vrije tarieven van belang.

Volgens de Memorie van toelichting bij de Wmg speelt het reguleren van tarieven alleen een rol op de zorginkoopmarkt.¹⁰⁹ In een groot deel van de zorg zouden de tarieven nog niet of niet helemaal kunnen worden vrijgelaten. Dit vanwege het feit dat vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, bijvoorbeeld door aanbodschaarste, "zouden leiden tot een maatschappelijk ongewenste uitkomst".¹¹⁰ De zorgautoriteit heeft daarom nog steeds tot taak tarieven vast te stellen op die deelmarkten waar de tarieven niet vrij onderhandelbaar zijn. Die taak is vergelijkbaar met de

¹⁰⁷ Kamerstukken II 2003-2004, 23 379, nr.3, p.4.

¹⁰⁸ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.15 (MvT).

¹⁰⁹ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.16 (MvT).

¹¹⁰ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.16 (MvT).

taak die voorheen het College tarieven gezondheidszorg (CTG) had op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

Samenvattend: De Wmg kent diverse instrumenten om kostenbeheersing te bewerkstelligen. Zo kan de minister van VWS algemene aanwijzingen geven over de door de NZa te stellen beleidsregels. De NZa kan beleidsregels en tariefbeschikkingen vaststellen. Die beleidsregels van de NZa kunnen diverse vormen van tariefregulering en prestatiebeschrijvingen inhouden variërend van vrij onderhandelbare tarieven tot strikte tariefregulering. Tariefmaatregelen kunnen ook op macrobudgettaire overwegingen zijn gebaseerd, ook al is de voorheen bestaande specifieke wettelijke grondslag daarvoor komen te vervallen en daarvoor in de plaats de mogelijkheid gekomen om op grond van het algemeen geformuleerde artikel 7 Wmg een beleidsregel op te stellen. Daarnaast zijn ook experimenten met prestatiegerichte bekostiging mogelijk.

3.3 Hoe verhoudt de Wmg zich op het gebied van kostenbeheersing tot de Europese regelgeving?

Eén van de onderzoeksvragen in deze evaluatie betreft de verhouding tot Europese regelgeving. Deze vraag komt ook in deze paragraaf aan de orde. Bij het treffen van maatregelen met het oog op kostenbeheersing op grond van de Wmg speelt het Europese recht een belangrijke rol. Daarbij gaat het primair om de mogelijke inbreuk die zulke maatregelen op grond van de wet betekenen of kunnen betekenen op de verdragsbepalingen voor het vrije verkeer in het EG Verdrag. Die verhouding tot de Europese wetgeving is in de memorie van toelichting van de voorloper van de Wmg, de WTG ExPres wijzigingswet van de Wet tarieven gezondheidszorg), uitvoerig besproken.¹¹¹ Daarbij zijn twee aspecten van het Europese recht in ogenschouw genomen.¹¹² In de eerste plaats de in het EG-Verdrag neergelegde fundamentele vrijheden. Daarbij komen vragen aan de orde of maatregelen mogen worden genomen die een inbreuk maken op het vrije recht van vestiging en het recht op vrije dienstverrichting binnen de Europese Unie en zo ja, of deze maatregelen met een beroep op het algemene belang kunnen worden gerechtvaardigd. In de tweede plaats kunnen maatregelen op het gebied van kostenbeheersing worden getoetst aan de mededingingsregels in het EG-Verdrag.

3.3.1 Toetsing bepalingen inzake vrij verkeer

Artikel 43 EG verplicht de overheid tot de afschaffing van belemmeringen van de vrijheid van vestiging en artikel 49 EG verplicht de overheid tot de afschaffing van belemmeringen van het vrij verrichten van diensten. Als dergelijke belemmeringen zijn te beschouwen alle maatregelen die de uitoefening van deze vrijheden verbieden, belemmeren of minder aantrekkelijk maken. Het gaat daarbij in het bijzonder om mogelijke inbreuken op de vrijheid van vestiging,¹¹³ en de vrijheid van dienstverlening.¹¹⁴

¹¹¹ Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr.3, p.38-41.

¹¹² Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr.3, p.38.

¹¹³ Arrest HvJEG van 30 maart 1993, Konstantinidis, C-168/91 Jurispr. blz. I-1191, punt 15.

¹¹⁴ Arrest HvJEG van 20 februari 2001, Analir e.a., C-205/99, Jurispr. blz. I-1271, punt 21.

Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen volgt dat nationale maatregelen die de uitoefening van de door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden belemmeren, slechts gerechtvaardigd kunnen zijn wanneer zij aan vier voorwaarden voldoen:

- 1 zij moeten zonder discriminatie worden toegepast,
- 2 beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en
- 3 geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en
- 4 zij mogen niet verder gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.¹¹⁵

De WTG ExPres bevatte al vooruitlopend op de Wmg een aantal maatregelen die in principe op gespannen voet zouden kunnen staan met het vrij verrichten van diensten of de vrijheid van vestiging. Het gaat om de maatregelen in de artikelen 2, 2a en 2b WTG ExPres die respectievelijk in de artikelen 35, 36 en 38 Wmg zijn terug te vinden. Artikel 35 bevat verboden voor het in rekening brengen van bepaalde prestaties en het betalen voor bepaalde prestaties. Deze verboden zouden het zorgaanbieders uit andere lidstaten minder aantrekkelijk kunnen maken in Nederland diensten aan te bieden of zich hier te vestigen. Dit geldt ook voor artikel 36 waarin organen voor gezondheidszorg wordt verplicht een bepaalde administratie te voeren en 38 dat voorschriften geeft over voorlichting en declaratie. Deze verplichtingen zou het voor zorgaanbieders uit andere lidstaten minder aantrekkelijk kunnen maken om zich in Nederland te vestigen. Verder kent de Wmg de mogelijkheid voor een zorgaanbieder of een ziektekostenverzekeraar om de zorgautoriteit te vragen een prestatiebeschrijving vast te stellen voor een prestatie waarvoor de zorgautoriteit op grond van artikel 57 of 58 geen tarief hoeft vast te stellen. Wanneer de NZa een product- of prestatiebeschrijving heeft vastgesteld mag een zorgaanbieder geen tarief in rekening brengen voor producten of diensten die van de omschrijving afwijken.¹¹⁶

Volgens de minister waren de in de voorloper van de Wmg genoemde verboden en verplichtingen van toepassing ongeacht de nationaliteit en de lidstaat van vestiging van de personen tot wie het gericht is. De in de wet opgenomen bepalingen voldeden daarmee volgens de minister aan het vereiste van non-discriminatie.¹¹⁷ Om te bepalen of er werkelijk sprake is van strijdigheid met het Europese recht zou moeten worden nagegaan of een dwingende reden van algemeen belang de genoemde maatregelen kan rechtvaardigen. Er zijn twee dwingende redenen van algemeen belang die, gelet op de jurisprudentie van het Hof, hier van toepassing zijn. Die redenen zijn:

- 1 de volksgezondheid (de artikelen 46, eerste lid, en 55 EG) en
- 2 het risico van een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid.¹¹⁸

115 Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

116 Kamerstukken II 2004–2005, 30 186, nr.3, p. 23-24 (MvT).

117 Kamerstukken II 2003–2004, 29 379, nr.3 p. 39.

118 Zie onder meer: arrest HvJEG van 13 mei 2003, Müller/Fauré, C-85/99.

Beide dwingende redenen van algemeen belang komen in feite op hetzelfde neer: de overheid moet de toegang tot de gezondheidszorg kunnen garanderen. Deze dwingende redenen van algemeen belang kunnen ook worden teruggevonden in de doelstellingen van de Wet tarieven gezondheidszorg.¹¹⁹ Een parallel kan getrokken worden met geneesmiddelen waarvoor de gemeenschaps-wetgever van oordeel is dat de lidstaten prijsmaatregelen moeten kunnen nemen om de beschikbaarheid van voldoende geneesmiddelen tegen redelijke prijzen te garanderen.¹²⁰

Het reguleren van de prijzen voor gezondheidsdiensten zou daarom volgens de minister een geschikt middel zijn om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen en het risico van een ernstige aantasting van het nationale gezondheidszorgstelsel te vermijden.

Verder moeten mogelijke wettelijke maatregelen op grond van de Wmg noodzakelijk en evenredig zijn aan het nagestreefde doel. Er waren ten tijde van de memorie van toelichting van de WTG ExPres voor de Nederlandse situatie geen alternatieven bekend die op dat moment aantoonbaar tot een minder belemmerend resultaat zouden kunnen leiden en tegelijkertijd met dezelfde effectiviteit de doelstellingen zouden kunnen halen. Een beroep op andere systemen in andere lidstaten kon destijds volgens de minister “in ieder geval niet slagen”.¹²¹ Het is hierbij van belang dat wanneer in een lidstaat minder strikte bepalingen gelden dan in een andere lidstaat, dit op zich nog niet betekent dat de in laatstbedoelde lidstaat geldende bepalingen onevenredig zijn en daarom onverenigbaar met het gemeenschapsrecht.¹²² De enkele omstandigheid dat een lidstaat voor een ander stelsel van bescherming heeft gekozen dan een andere lidstaat, kan immers niet van invloed zijn op de beoordeling van de noodzaak en de evenredigheid van de terzake getroffen regelingen.¹²³

Daarmee kwam de minister tot het uiteindelijke oordeel dat deze wettelijke maatregelen destijds de toets van het Europese recht konden doorstaan. Ook de rechter heeft de Europeesrechtelijke bezwaren tegen het stelsel van tariefregulering op grond van de WTG niet gegrond verklaard.¹²⁴ Het is echter de vraag of die redenering onder de huidige Wmg voor alle maatregelen ook in gelijke mate opgaat.

Van de Gronden en Sluijs analyseren in hun preadvies voor de Vereniging van Gezondheidsrecht in het bijzonder de vraag of de tariefsystematiek voor DBCs aanleiding geeft tot beperkingen van het vrij verkeer.¹²⁵ Zij komen op basis van een analyse van de rechtspraak van het Europese Hof tot de conclusie dat de kans groot is “dat uit die rechtspraak moet worden afgeleid dat tariefvoorschriften die voor het A-segment en – wat betreft het honorarium ook voor – het B-segment in het leven zijn

119 Zie voor die doelstellingen het proefschrift van G. R. J. de Groot, *Tarieven in de gezondheidszorg*, Kluwer – Deventer 1998, p. 26-34.

120 Zie de considerans van richtlijn 89/105/EEG van de Raad van 21 december 1988 betreffende de doorzichtigheid van maatregelen ter regeling van prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opneming daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg (Pb. EG 1989, L 40/8).

121 Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr.3., p.40.

122 Zie arrest HvJEG van 12 december 1996, *Reisebüro Broede*, C-3/95, Jurispr. blz. I-6511, punt 42; arrest HvJEG *Mac Quen e.a.*, C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 33, en arrest HvJEG van 19 februari 2002, *Wouters e.a.*, C-309/99, Jurispr. blz. I-1577, punt 108.

123 Arrest HvJEG van 21 oktober 1999, *Zenatti*, C-67/98, Jurispr. blz. I-7289, punt 34, en arrest HvJEG *Mac Quen e.a.*

124 Zie onder meer: CBB 19 januari 1999, RZA 1999, 50; CBB 5 juni 2001, RZA 2001, 103; CBB 18 december 2008, LJN BG7876.

125 Zie Gronden van de en Sluijs 2009, p.137-145.

geroepen, het vrij verkeer van diensten en de vrijheid van vestiging belemmeren". Aanbieders uit andere lidstaten kunnen worden verhinderd de prijs in rekening te brengen die correspondeert met de kostenstructuur van hun diensten. Met uitzondering van het honorariumtarief leveren de vrije tarieven die gelden voor het B-segment bij de ziekenhuizen volgens hen geen belemmeringen op.¹²⁶ Dat zou echter anders komen te liggen wanneer de overheid zou besluiten om een prijsbeheersingsinstrument te gaan inzetten in het geval van te grote kostenoverschrijdingen (zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.4).

Van de Gronden en Sluijs wijzen echter in dit geval ook op de mogelijke rechtvaardiging van deze beperkingen op het vrije verkeer door de hiervoor door de minister in de memorie van toelichting bij de WTG ExPres genoemde uitzonderingen. Volgens hen bestaan er goede argumenten om aan te nemen dat de tariefstructuur voor ziekenhuizen, zoals vastgelegd in DBCs zouden kunnen worden gerechtvaardigd.¹²⁷ Wel geven zij daarbij duidelijk aan dat de nationale wetgever en de betrokken autoriteiten duidelijk zouden moeten vastleggen welke doelstelling van algemeen belang wordt nagestreefd met de DBCs. Zo is het voor de toets aan het proportionaliteitsvereiste van groot belang dat nationale maatregelen die het vrij verkeer beperken, worden vastgesteld op grond van deugdelijke procedures en de minister van VWS en de NZa moeten bij de vaststelling van de tarieven dan ook de eisen van objectiviteit, transparantie, kenbaarheid vooraf en non-discriminatie in acht nemen. Het Europese Hof beoordeelt daarnaast in het kader van het proportionaliteitsvereiste ook of de doelstelling niet met minder vergaande maatregelen had kunnen worden gerealiseerd.

Dat betekent concreet dat de Nederlandse overheid zeer zorgvuldig moet nagaan of bepaalde prestaties die nu nog tot het zogeheten A-segment van de ziekenhuizen behoren, niet in het vrij onderhandelbare B-segment moeten worden ondergebracht. Dat is temeer het geval omdat de overheid de afgelopen jaren steeds het voornemen heeft geuit en dit ook feitelijk heeft geëffectueerd om steeds meer behandelingen (DBC's) naar het B-segment over te hevelen (zie 3.5.4). Is de overgang van prestaties van het A-segment naar het B-segment in Europeesrechtelijk zin geen issue, een eventuele terugkeer naar regulering, bijvoorbeeld door het terughalen van prestaties van het B-segment naar het A-segment, zou dat wel zijn. Een dergelijke terugkeer betekent een belemmering van de door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden, die slechts gerechtvaardigd is als wordt voldaan aan de vier voorwaarden: De terugkeer moet zonder discriminatie worden toegepast, beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder mogen gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.¹²⁸ Terugkeer vraagt dus om een nadrukkelijke en gedocumenteerde onderbouwing.

¹²⁶ Zie Gronden van de en Sluijs 2009, p.140.

¹²⁷ Zie Gronden van de en Sluijs 2009, p.143.

¹²⁸ Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

Zorg door buitenlandse aanbieders

De op grond van de Wmg tot stand gekomen tarieven voor die prestaties gelden voor iedereen, zonder onderscheid naar nationaliteit of herkomst van de zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar en zonder onderscheid naar nationaliteit of herkomst van de patiënt.

Van instellingen waarvoor de budgetteringssystematiek van de Wmg van toepassing is, wordt het budget integraal vastgesteld en omvat het budget alle gezondheidszorgkosten.¹²⁹ Dat wil zeggen dat productieafspraken voor enig jaar tevens de geschatte productie leveren aan personen die niet behoren tot de ingezetenen van Nederland. Ook buitenlandse (toegelaten) zorgaanbieders moeten dus in principe de mogelijkheid hebben om productieafspraken met Nederlandse zorgverzekeraars te maken voor tarieven die, als de zorg in Nederland wordt verleend, zijn vrijgegeven of voor de door de NZa vastgestelde tarieven.

Bovendien hebben Nederlandse patiënten onder de huidige rechtspraak van het Europese Hof ook het recht voor ambulante zorg zich zelfs zonder toestemming tot buitenlandse zorgaanbieders te wenden.¹³⁰ Voor ziekenhuiszorg kunnen, weliswaar, onder bepaalde voorwaarden door de zorgverzekeraars nog toestemmingsvereisten vooraf worden gesteld aan de behandeling van een Nederlandse patiënt in een ziekenhuis in een andere EU-lidstaat, maar wanneer het voorstel voor een Richtlijn Patiëntenmobiliteit¹³¹ is aanvaard, moeten de lidstaten op grond van artikel 8, lid 3, expliciet gaan aantonen dat behandeling van patiënten in ziekenhuizen in andere lidstaten tot een ernstige aantasting van de planning van de ziekenhuissector (voor zover daar in Nederland nog sprake van is), de instandhouding van een toegankelijk en evenwichtig stelsel van verzorging door artsen en ziekenhuizen en de instandhouding van de behandelcapaciteit of medische deskundigheid. Hiermee wordt de bewijslast van de lidstaten om de behandelkosten niet te hoeven vergoeden aanzienlijk verzwaaard. Dit kan in principe dan ook tot een toekomstige onvoorziene kostengroei leiden.

Samenvattend zouden maatregelen op grond van de Wmg een inbreuk kunnen vormen op de bepalingen in het EG Verdrag inzake het vrij verkeer. Wel kunnen deze maatregelen onder voorwaarden gerechtvaardigd zijn. Veel van de wettelijke maatregelen van de Wmg bestonden al ten tijde van de wijzigingswet van de WTG, die in een aantal opzichten al vooruit liep op de Wmg, de WTG ExPres.¹³² Bij toetsing aan het Europese recht is destijds herhaaldelijk de conclusie getrokken dat die maatregelen toen daarmee niet in strijd waren. Inmiddels is de Wmg ingevoerd en zijn prestatieomschrijvingen in de vorm van DBCs op basis van de wet tot stand gekomen. Op basis van de rechtspraak van het Europese Hof kan worden beargumenteerd dat de kans groot zou zijn dat het Hof tariefvoorschriften voor het A-segment, en wat betreft de honorariumcomponent ook voor het

129 Het gaat bij een instellingsbudget niet om budgettering van de inkomsten maar om budgettering van de kosten, de uitgaven. De inkomsten om die kosten te dekken bestaan uit tarieven per prestatie. Het totaal aan inkomsten mag in enig jaar niet groter zijn dan het totale (kosten)budget. Het verschil wordt het volgend jaar verrekend. Het instellingsbudget is dus een uitgavenbudget en niet een inkomstenbudget.

130 Zie arrest HVJ EG Müller-Fauré, zaak C-385/99, Jur. 2003, p. I-4509.

131 Commissie van de Europese Gemeenschappen, Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad, betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, Brussel, 2-7-2008, COM (2008) 414 definitief.

132 Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPrs), Stb. 2005, nr. 24.

B-segment, in principe in strijdig zou kunnen oordelen met het vrij verkeer van diensten en de vrije vestiging. Wel bestaan er goede argumenten voor een rechtvaardiging van die strijdigheid voor de huidige tariefstructuur. Daarvoor is van groot belang dat zeer zorgvuldig moet worden nagegaan of bepaalde prestaties die nu nog in het gereguleerde A-segment zijn ondergebracht niet naar het vrij onderhandelbare B-segment kunnen worden overgeheveld. Een eventuele terugkeer naar regulering, door bijvoorbeeld prestaties uit het B-segment terug te plaatsen naar het A-segment, vereist overigens een nadrukkelijke onderbouwing, waarbij wordt aangetoond dat wordt voldaan aan de vier voorwaarden waaronder het gerechtvaardigd is om de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te belemmeren.

Buitenlandse zorgaanbieders moeten in principe de mogelijkheid hebben om productieafspraken met Nederlandse zorgverzekeraars te maken tegen vergelijkbare tarieven zoals die ook voor Nederlandse zorgaanbieders kunnen worden afgesproken.

3.4 Consistentie van de Wmg en aanpalende wetgeving op het gebied van kostenbeheersing

Bij het bestuderen van de consistentie van wetgeving gaat het om de vraag in welke mate de instrumenten van de Wmg en eventuele andere wetgeving elkaar versterken of elkaar, bij gelijktijdige toepassing, juist kunnen tegenwerken. In deze paragraaf analyseren we de spanning die kan ontstaan bij gelijktijdige toepassing van verschillende instrumenten of de spanning die kan ontstaan bij gelijktijdige toepasbaarheid van bepaalde regelgeving. Als deze spanningen zich voordoen, dan spreken we over een inconsistentie. Of die inconsistentie tot problemen zal leiden, hangt natuurlijk direct af van de vraag of de beide instrumenten of regelgeving tegelijkertijd van toepassing zijn. Echter, de beslissing om een bepaald instrument al dan niet in te zetten kan niet willekeurig worden genomen, zodat het van belang is om op voorhand een goed inzicht te hebben in mogelijke inconsistenties.

3.4.1 Interne consistentie

Er bestaat een spanning tussen de toepassing van wettelijke instrumenten om de kosten te beheersen en het tegelijkertijd doen ontstaan en verder doen ontwikkelen van marktwerking. Daaraan is in het eerdere hoofdstuk van deze evaluatie (hoofdstuk 2.4) al aandacht besteed. Een bron van mogelijke inconsistentie ten opzichte van andere wetgeving ligt in de mogelijke inconsistentie met de nationale mededingingswetgeving, of met het Europese mededingingsrecht en het vrije verkeer. Ook daaraan is hoofdstuk 2 en paragraaf 3.3.2 al aandacht besteed. In deze paragraaf gaan we dieper in op de consistentie met de AWBZ en de Zvw.

3.4.2 Consistentie ten opzichte van de AWBZ en de Zvw

Consistentie ten opzichte van de AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kent verzekerden een subjectieve aanspraak op zorg toe. In de AWBZ is het recht op zorg als aanspraak op zorg vastgelegd in artikel 6, eerste lid: `de verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun

geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging'. In het art. 6, tweede lid, is bepaald dat bij of krachtens AMvB aard inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat worden geregeld en kunnen voor het tot gelding maken van de aanspraken voorwaarden worden gesteld. Volgens het derde lid moeten zorgverzekeraars er voor zorgdragen dat de bij hen inschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Hier is de zorgplicht van de zorgverzekeraars vastgelegd, die de feitelijke uitoefening van hun taken aan het zorgkantoor overgedragen.

Aanspraak op zorg bestaat volgens art. 9b AWBZ slechts wanneer een indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Volgens artikel 10 AWBZ moet een verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, zich tot een zorgaanbieder wenden met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven daarvoor een overeenkomst heeft gesloten.

De AWBZ spreekt dus niet over een 'recht op zorg', maar over 'aanspraak op zorg'. In de AWBZ is dit recht op zorg tot nu toe in diverse rechtelijke uitspraken getoetst, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen aanspraak op zorg in het kader van financiële tekorten en aanspraak op zorg in het kader van capaciteitstekorten.¹³³ In 1998 oordeelde de rechter in het kader van een aanspraak op diensten van een thuiszorginstelling, dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders, teneinde daarmee te voldoen aan hun plicht tot het verstrekken van zorg.¹³⁴ In dit geval diende niet de Staat, maar de zorgverzekeraars aansprakelijk te worden gesteld voor het niet daadwerkelijk honoreren van de positieve indicatiestelling. In hoger beroep bevestigde het Hof 's-Gravenhage dat de verplichting om voor voldoende thuiszorg te zorgen bij de zorgverzekeraars ligt. In het verlengde van deze zaak voerden een aantal verzekerden die op een wachtlijst voor thuiszorg stonden een procedure tegen het zorgkantoor. Volgens de rechtbank Utrecht¹³⁵ kon het zorgkantoor zich niet beroepen op het feit dat het budget voor thuiszorg niet toereikend was. Wanneer dat tekort uitsluitend te wijten is aan het door de overheid beschikbaar gestelde budget, dan zal het zorgkantoor zelf daarvoor de Staat moeten aanspreken.

Anders ligt het echter bij capaciteitstekorten. In een uitspraak van de president van de rechtbank Zwolle van 14 februari 2000¹³⁶ oordeelde de president dat de zorgverzekeraar niet kon worden verweten dat hij de aanspraak niet kon verwezenlijken omdat hij alle toegelaten capaciteit voor verstandelijk gehandicapten had gecontracteerd en ook bij de provinciale en rijksoverheid er op had aangedrongen om de capaciteit uit te breiden. Deze uitspraken leidden er toe dat de bewindslieden van VWS destijds hebben besloten extra financiële middelen ter beschikking te stellen (het zogeheten boter-bij-de-vis principe). De rechter laat de overheid echter de nodige ruimte.¹³⁷ Op de overheid rust weliswaar de verplichting zich tot het uiterste in te spannen om het aanbod van zorg zo goed

133 Overigens maakt prof. mr. G.R.J. de Groot in zijn preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht (Roscam Abbing et al. 2002, p.64 e.v.), een onderscheid tussen vier verschillende vormen van tekorten: het feitelijk niet beschikbaar zijn van vormen van onderzoek of behandeling, methoden van onderzoek of behandeling die wel beschikbaar zijn, maar die financieel niet of moeilijk toegankelijk zijn, die niet of niet tijdig toegankelijk zijn en zorg die wel voorhanden is en financieel toegankelijk, maar kwalitatief ontoereikend is.

134 Uitspraak van de president van de rechtbank 's-Gravenhage van 8 december 1998, TvGR 1999/17.

135 President van de rechtbank Utrecht van 29 oktober 1999, TvGR 2000/28.

136 President van de rechtbank Zwolle van 14 februari 2000, TvGR 2000/29

137 Arrest van het Hof 's-Gravenhage van 22 september 1995, TvGR 1996/4.

mogelijk op de vraag af te stemmen, maar de mate van inspanning wordt daarbij bepaald door de financiële middelen die door de begrotingswetgever worden vastgesteld. Omdat de Staat alle mogelijkheden had onderzocht, concludeerde de rechter dat er sprake was van overmacht. De aanspraak op zorg binnen de AWBZ is dus niet onbegrensd. Er is ruimte voor de overheid om op grond van overwegingen rond de beschikbaarheid van financiële middelen deze aanspraak te beperken. Dit is slechts mogelijk als de overheid zich tot het uiterste heeft ingespannen om de vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Hierbij gelden de financiële middelen die door de begrotingswetgever zijn vastgesteld als uitgangspunt.

Consistentie ten opzichte van de Zorgverzekeringswet

Het recht op zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is in de artikelen 10-14 van de wet verankerd. Artikel 10 Zvw regelt het te verzekeren risico: de behoefte aan bepaalde vormen van zorg of met die zorg verband houdende diensten (verpleging, verzorging, verblijf en vervoer). Door opname in de polis wordt het te verzekeren risico het verzekerde risico. Alleen wanneer een in artikel 10 Zvw genoemd verzekerd risico zich bij de verzekerde voordoet, kan de verzekeringnemer of de verzekerde rechten aan de zorgverzekering ontnemen. Daarmee staat echter nog niet vast, dat de verzekerde ook recht heeft op een prestatie waarmee de behoefte aan zorg of de overige diensten vervuld kan worden. De inhoud en de omvang van de prestaties die op grond van de zorgverzekering moeten worden geleverd, wordt bij en krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw bepaald. Anders gezegd: het zich voordoen van het verzekerde risico is wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het recht op een verzekerde prestatie.

Uit de jurisprudentie onder de 'oude' Ziekenfondswet valt af te leiden dat de verzekerde jegens het toenmalige ziekenfonds recht had op een noodzakelijke (dotter)behandeling. In een zaak waarin een patiënt een noodzakelijke dotterbehandeling niet tijdig kon krijgen omdat het ziekenhuisbudget uitgeput zou zijn, oordeelde het Hof 's-Hertogenbosch in navolging van de president van de rechtbank 's-Hertogenbosch,¹³⁸ dat het ziekenfonds ook moest toezien op de nakoming van de gesloten overeenkomst door instellingen en beroepsbeoefenaren jegens zijn verzekerden.¹³⁹

Samengevat betekent dit dat, naast de reële spanning tussen Wmg en het Europees recht, de handhaving van een macrobudget op gespannen voet kan staan met het recht op zorg op basis van de AWBZ en de Zvw. Het handhaven van een macrobudget hoeft echter niet altijd in strijd te zijn met het recht op zorg. De rechter laat de overheid ruimte om op basis van macrobudgettaire overwegingen beperkingen op de aanspraak op zorg vast te stellen.

3.5 Hoe zijn de instrumenten tot kostenbeheersing in de praktijk toegepast?

Zoals eerder aangegeven beschikt de overheid over verschillende wettelijke instrumenten om de zorgkosten te beheersen. Voor een belangrijk deel is het instrumentarium van de Wmg niet nieuw,

¹³⁸ President rechtbank 's-Hertogenbosch, 24 november 1989, TvGR 1990/19.

¹³⁹ Hof 's-Hertogenbosch, 2 juli 1990, RZA 1990, 127.

maar is het oude instrumentarium van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), zij het soms aangepast en uitgebreid, in de Wmg overgenomen. Voor de Wmg is het Budgettair Kader Zorg (BKZ) nog steeds van groot belang.¹⁴⁰ Sinds 1994 bepaalt het BKZ de ruimte die beschikbaar is voor de collectieve financiering van zorguitgaven.¹⁴¹

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de vrij principiële vraag naar de rechtvaardigheid van het toepassen van het macrobeheersingsinstrument op individuele instellingen die menen dat zij geen bijdrage hebben geleverd aan de macro-overschrijdingen. Vervolgens wordt aan de hand van een drietal voorbeelden inzicht gegeven in de werking van de instrumenten voor prijsregulering. In paragraaf 3.6 wordt vervolgens nog ingegaan op een nieuw ontwikkeld instrument voor beheerste kostenontwikkeling: maatstafconcurrentie.

3.5.1 *Tariefmaatregel macrobudget*

De overheid kan kiezen voor het toepassen van het macrokostenbeheersingsinstrumentarium. De toepassing hiervan kan knelpunten opleveren voor individuele instellingen die menen dat zij geen bijdrage aan die aan de macro-overschrijding hebben bijgedragen. Van belang hierbij is ook een uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van 29 januari 2009¹⁴² in de zaak van de Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen, te Schiedam tegen de NZa. In deze zaak gaat het om een beroep tegen een tariefbeschikking van de NZa die was vastgesteld op grond van een aanwijzing door de minister van VWS. Een vergelijkbaar systeem gold in het verleden onder de WTG. Voor tariefregulering en volumebeheersing dragen de zorgverzekeraars, noch de instellingen van gezondheidszorg de (eind)verantwoordelijkheid. In het systeem van de Wmg is het volgens het CBB, net als overigens voorheen onder de WTG, de minister die in dit verband de beleidsmatige keuzen maakt en NZa die daaraan binnen de grenzen van rechtmatigheid uitvoering geeft door middel van het vaststellen van beleidsregels en tariefbeschikkingen. Het beleidsuitgangspunt van de minister tot beperking van de kosten van de zorg, kan volgens het CBB, gezien de beleidsverantwoordelijkheid van de minister dan ook niet onrechtmatig worden geacht. De omstandigheid dat de ramingen van de productiegroei in het prestatiecontract te laag waren gebleken, onderstreepte nog eerder de rechtmatigheid van de aanwijzing. Dat de algemene ziekenhuizen de bovenbudgettaire groei niet kan worden verweten, doet volgens het CBB evenmin af aan de rechtmatigheid van de aanwijzing die gericht was op het beheersen van de kosten van de zorg zonder dat daarbij de vraag naar de verantwoordelijkheid van de eventuele budgetoverschrijding een rol speelt.¹⁴³

140 Het BKZ werd in 1992 ingevoerd door de Wet beperking contracteerplicht en invoering van maximumtarieven, Wet van 20 november 1991, Stb. 1991, 584.

141 Zie Kam de 2009, p.72.

142 College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) AWB 08/78 van 29 januari 2009, 13950.

143 Die zelfde vraag speelde ook bij de procedures die tegen het College tarieven gezondheidszorg (CTG) waren aangespannen door het Slotervaart Ziekenhuis en Agis Zorgverzekeringen, College van Beroep voor het Bedrijfsleven, 28-7-2006, College van Beroep voor het bedrijfsleven, LJN: AY5235, AWB 05/409 en 05/427.

De NZa had volgens het CBB ook terecht geoordeeld dat het verweer van de Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen dat zij niet aan de overschrijding van het macrobudget heeft bijgedragen in het kader van artikel 4:84 Awb niet behoort te leiden tot een van de beleidsregel afwijkende beslissing. Bij de vaststelling van de beleidskaders heeft immers, aldus het CBB een belangenafweging plaatsgevonden, waarin het belang van de ziekenhuizen die niet aan de overschrijding van het macrobudget hebben bijgedragen is meegewogen. Daarmee trekt het CBB de lijn WTG – WTG ExPres voor tariefbepalingen en tariefbeleid en toepassing van die bepalingen voor dat beleid door naar de Wmg.

3.5.2 Toepassing van het instrumentarium tot kostenbeheersing in enkele deelsectoren

Voor het illustreren van de toepassing van het Wmg-instrumentarium is gekozen voor een drietal deelsectoren waarin op een totaal verschillende wijze het instrumentarium van de Wmg is toegepast. Bij de orthodontisten heeft de NZa vooral gebruik gemaakt van de toepassing van kortingen op de tarieven; bij de liberalisering van de ziekenhuistarieven zijn steeds meer DBCs overgeheveld van het gereguleerde A-segment naar het vrij onderhandelbare B-segment en bij de fysiotherapeuten is vrijwel gelijk met de invoering van het nieuwe wettelijke instrumentarium in de WTG ExPres een experiment gestart met geheel vrije prijsvorming voor deze deelsector.

Casus verlaging tarieven orthodontisten

De gevolgen van de verlaging van de tarieven van o.a. orthodontisten met het oog op betaalbaarheid en toegankelijkheid

Korting in fasen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wilde in 2007 de tarieven van orthodontisten met 29 procent verlagen ten opzichte van 2001.¹⁴⁴ Over de tarieven van orthodontie bestond al lang discussie, daarom pakte de NZa deze tarieven als eerste aan. Orthodontie zit met name voor jeugd meestal in het aanvullend pakket en voor verzekerden alleen in bijzondere gevallen in de basisverzekering. Dat betekent dat consumenten vaak zelf de kosten van orthodontie betalen. Bij de nieuwe tariefstructuur heeft de NZa gelet op de transparantie van de prijzen en op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Vooruitlopend op de uitkomsten van een onderzoek door de NZa is in 2005 al een eerste korting van acht procent ingevoerd. Sindsdien waren de tarieven voor orthodontisten bevroren. Dat wil zeggen dat de jaarlijkse inflatiecorrectie niet was doorgevoerd. De besparing voor de consument zou vanaf 2009 naar verwachting circa 25 miljoen euro per jaar bedragen. De NZa was van plan de tarieven tussen 2007 en 2010 in vier stappen terug te brengen naar het door de NZa gewenste niveau. De eerste stap was een tariefsverlaging van 8% liep al vanaf 2005. De tweede stap een verlaging van 1,5 procent per 1 juli 2007 en een derde verlaging (aanvankelijk gepland voor 1 januari 2008) van 6% per 1 april 2008. In 2010 zou dan het gewenste eindniveau moeten worden bereikt.

144 NZa, 13 februari 2007 en ZN Journaal 2007, nr. 20.

Sluiproute via tandartsentarief

Tegelijkertijd wilde de NZa ook de tarieven van orthodontieverrichtingen bij de tandarts omlaag brengen. Voor tandartsen zouden dezelfde tarieven moeten gaan gelden als voor orthodontisten. Tot eind 2006 bestonden er tarieven per beroepsgroep, maar sinds de inwerkingtreding van de Wmg gold een tarief per geleverde zorg. De NZa achtte het onterecht dat tandartsen een hoger tarief konden hanteren voor dezelfde verrichting.

De NZa heeft over deze plannen uitvoerig overleg gevoerd met de orthodontisten en andere betrokken partijen. Dat heeft ertoe geleid dat de fasering van de korting voor de orthodontie is uitgebreid naar 2010 in plaats van aanvankelijk 2009 om de orthodontisten meer tijd te geven hun bedrijfsvoering hierop aan te passen.

Voor de tandartsen besloot de NZa aanvankelijk per 1 juli 2007 de tarieven voor orthodontische verrichtingen van tandartsen aan te passen en een forse prijsverhoging door te voeren.¹⁴⁵ Na protest van onder meer ZN heeft de NZa de verhoging van de tarieven voor tandartsen weer teruggedraaid. Per 1 augustus golden voor die beroepsgroep weer de tarieven van voor 1 juli 2007.

Vervolgens omzeilden zeker dertig orthodontisten de verplichte tariefsverlaging die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hun per 1 juli 2007 heeft opgelegd. Zij hebben lieten zich registreren als tandarts, waardoor zij toch een hogere prijs mochten vragen voor het plaatsen van beugels.

Door zich te laten registreren als tandartsen vielen de orthodontisten administratief in een ander regime en mochten zij voor sommige behandelingen hun tarieven ineens met 17 procent verhogen. Deze mogelijkheid deed zich voor omdat de NZa de zogenoemde D-tarieven voor tandartsen die orthodontische verrichtingen uitvoeren, nog niet had aangepast. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) protesteerde tegen gang van zaken en vond de registratie van orthodontisten als tandarts een ongewenste ontwikkeling.¹⁴⁶ Voor dezelfde behandeling zou hetzelfde tarief moet gelden, ongeacht de vraag door welke zorgaanbieder de behandeling wordt uitgevoerd.

De NZa wilde de tarieven voor beide beroepsgroepen gelijk trekken, maar dat kon op zijn vroegst begin 2008. Om de schade te beperken, had de NZa wel besloten de tarieven voor tandartsen die ook beugels zetten, vanaf september 2007 te bevriezen. Later gevolgd door een verlaging per 1 april 2008 van het tandartstarief voor orthodontie met 6%.¹⁴⁷

Rechtszaken tegen tariefsverlaging

Elf orthodontisten waren in beroep gegaan bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) tegen de eerste stap en een tweede stap van de verlaging met respectievelijk acht procent sinds 2005 en 1,5% per 1 juli 2007 omdat die zou zijn gebaseerd op onjuiste onderzoeksresultaten.¹⁴⁸ In die

145 ZN Journaal, 2007, nrs. 27 en 30/31. Begin 2007 had de NZa vastgesteld dat tarieven voor orthodontie te hoog laggen. Nog geen half jaar later bood NZa tandartsen de mogelijkheid om hun prijzen voor onder andere beugels met 20% te verhogen. Tegenover de verhoging van de tandartstarieven stond aanvankelijk een kleine verlaging van de prijzen bij de orthodontist. Daardoor werd het onderlinge prijsverschil nóg groter. Dit terwijl de NZa juist van plan was om de tarieven gelijk te trekken en te verlagen.

146 ZN Journaal, 2007, nr. 30/31.

147 NZa 26 februari 2008.

148 www.nza.nl, 9 augustus 2007 en ministerie van VWS, 10 augustus 2007.

beide zaken oordeelde het CBB dat de verlaging terecht was ingevoerd.¹⁴⁹ Het college overwoog dat in dit geval geen sprake was van strijd met de rechtszekerheid. Dat een aangepaste rekennormpraktijk per 1 januari 2003 als uitgangspunt voor de tarifiering zou gelden, zou gedurende het hele proces van tariefvaststelling steeds expliciet zijn gesteld en maakte onderdeel uit van de door de NMT voorgestelde optie tot tariefaanpassing die aan de tariefbeschikkingen ten grondslag was gelegd.¹⁵⁰

In de tweede uitspraak oordeelde de enkelvoudige kamer van het CBB dat ook de tweede stap van de herziening van de tarieven voor de orthodontisten niet onbegrijpelijk was¹⁵¹. Per 1 juli 2007 is de tweede verlaging van het tarief doorgevoerd, van 1,5 procent. Daarbij was van belang dat, gelet op artikel 3, vierde lid, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), betaalbaarheid en toegankelijkheid van de orthodontische zorg – ook in het derde compartiment – mede bepaald worden door de hoogte van de maximumtarieven. Het stond de NZa dan ook vrij om bij de totstandkoming van de tarieven voor de praktijkkosten en de productie uit te gaan van feitelijke gemiddelden. Ook was er geen sprake van een met de Wmg evident strijdige inkomenspolitiek. Ook hier had de NZa gewicht kunnen hechten aan het belang van de consument, zoals neergelegd in artikel 3, vierde lid, Wmg. Er was voorts volgens het CBB geen sprake van strijdigheid met het vertrouwensbeginsel. Evenmin was er sprake van een toezegging van de NZa wat betreft concrete uitkomsten van de uiteindelijke tariefkorting.

Ten aanzien van de tijdbesteding van orthodontisten was de voorzieningenrechter het met de NZa eens dat het niet zonder meer voor de hand ligt om een rechtstreeks verband aan te nemen tussen een bepaald aantal te werken uren en een bepaald inkomen. De NZa is voor de normpraktijk op voorhand terecht uitgegaan van een gemiddelde productieomvang bij praktijken van drie, vier en vijf stoelen, zoals die uit de gegevens over 2001 viel af te leiden. Van een evidente onrechtmatigheid van de beleidsregels op dit punt kon dan ook volgens de rechter geen sprake zijn. Niet aannemelijk was bovendien volgens het CBB dat als gevolg van de tariefbeschikking een inkomensdaling van de orthodontisten zou ontstaan, die de toegankelijkheid van de orthodontische zorg in gevaar zou brengen.

De beide uitspraken van het CBB waren ook voor de consument een belangrijke stap in de richting van een lager tarief. Onderzoek van de NZa wees uit dat er jarenlang te hoge tarieven waren gehanteerd, waardoor consumenten onnodig veel betaalden.

Op 22 december 2008 heeft het CBB echter het beroep tegen de tweede stap van de verlaging van de tarieven van 1,5% voor orthodontie gegrond verklaard omdat de NZa de orthodontisten in 2007 onvoldoende had voorbereid op een nieuwe manier van het berekenen van tarieven. De rechter had zich gebogen over de besluitvorming van de NZa over de tariefsverlaging en geoordeeld dat de NZa opnieuw een beslissing op bezwaar moest nemen. De NZa heeft het nieuwe besluit begin 2009 genomen.

149 College van Beroep voor het Bedrijfsleven, 2 augustus 2007, Awb 06/79 en 06/94 13700 en CBB 24 september 2007, Awb 07/515 en 07/535.

150 RZA 2007, 179.

151 RZA 2007, 180.

Vrije prijsvorming

Tenslotte heeft de NZa op 8 mei 2009 de minister geadviseerd om uiterlijk per 1 januari 2011 vrije prijsvorming voor de mondzorg in te voeren. In het Visiedocument Bekostigingsstructuur mondzorg raadt de NZa dit aan op experimentele wijze te doen. De NZa signaleert tekortkomingen in de mondzorg op het gebied van transparantie van prestatie, prijs en kwaliteit. Volgens de NZa vormt orthodontie echter een uitzondering. Orthodontie zou beter voldoen aan de randvoorwaarden en daarom al per 1 januari 2010 voor de invoering van vrije prijsvorming in aanmerking komen. Zo is volgens de NZa de prijs voor orthodontie voor de consument nu al transparant in de vorm van een prijsopgave vooraf.

Hoewel de NZa dus verwacht dat de orthodontiemarkt tijdig klaar zal zijn voor vrije prijzen, stelt de NZa in dit geval wel een aanvullende voorwaarde voor het vrijgeven van de markt. Zowel de consument als de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zouden goed op hun nieuwe rol voorbereid moeten zijn. Voor de orthodontiemarkt geldt dat deze in de vorm van een experiment zou worden geliberaliseerd en belangrijk hierbij is dat de NZa zelf ook vaststelt "dat de ontwikkelingen op de markt zullen worden gemonitord door de NZa".¹⁵² Het experiment zal overigens pas van start gaan wanneer de minister van VWS hiertoe besluit.

Samengevat heeft de NZa de afgelopen jaren stelselmatig en stapsgewijs de tarieven van de orthodontische zorg verlaagd. De NZa heeft bij de nieuwe tariefstructuur gelet op de transparantie van de prijzen en op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Tegelijk wilde de NZa ook de tandartstarieven omlaag brengen. Zo'n dertig orthodontisten wisten de verplichte tariefsverlaging van de NZa te omzeilen door zich te laten registreren als tandarts, waardoor zij toch een hogere prijs mochten vragen. Ook via de rechter hebben de orthodontisten getracht de tariefsverlagingen tegen te gaan. De rechter heeft dit bezwaar echter niet gehonoreerd. Belangrijk daarbij is dat steeds is gewezen op de positie van de consument. De bezwaren van de orthodontisten dat de tariefsverlagingen in strijd zouden zijn met de rechtszekerheid of onrechtmatigheid van de beleidsregels was volgens het CBB (College van Beroep voor het bedrijfsleven) geen sprake. Deze casus laat zien dat het, met de nodige zorg, mogelijk is om een effectief prijsbeleid te voeren in een niet geliberaliseerd deel van de zorg leidend tot uiteindelijk liberalisering van de tarieven. Opvallend is ook de hiermee gepaard gaande vrij lange doorlooptijd, van 2005 tot 2009. Opvallend is bovendien dat de NZa heeft aangekondigd in het kader van het experiment de ontwikkelingen op deze markt te zullen monitoren.

Casus liberalisering ziekenhuisfinanciering

Budgettering ziekenhuizen en lumpsum voor medisch specialisten voldeden niet meer

Ziekenhuizen worden op dit moment nog steeds grotendeels bekostigd op basis van het model van functiegerichte bekostiging (FB), dat sinds 1988 van kracht is. De bekostiging van vrijgevestigde

¹⁵² NZa, Prijzen voor orthodontie kunnen vrij in 2010, www.nza.nl/nza/Nieuws/Prijzenvrijorthodontie/ (laatstelijk geraadpleegd d.d. 25-6-2009)

medisch specialisten gebeurde bij de totstandkoming van de Wmg in de meeste gevallen op basis van een lumpsumregeling. De FB en de lumpsum vormden binnen het nieuwe stelsel echter te weinig stimulans voor het leveren van zorgvernieuwing, doelmatigheid, transparantie en productie (wegwerken van de wachtlijsten). Zij gaven onvoldoende inzicht in de geleverde prestaties van individuele ziekenhuizen. Ziekenhuizen werden daardoor nog onvoldoende beloond voor goede prestaties of afgerekend op ondermaatse prestaties. Binnen het FB-systeem is het voor ziekenhuizen lonend om te streven naar een maximalisatie van het budget, doordat er geen reële relatie bestaat tussen de werkelijke kosten en de vergoeding van deze kosten. Tot slot houdt het FB-systeem in dat een zorgaanbieder onderhandelt met de collectieve zorgverzekeraars. Dat is strijdig met de kerngedachte van de Zvw. Deze tekortkomingen in de FB-systematiek (en oorspronkelijk) de lumpsum zijn mede aanleiding geweest om te beginnen met de invoering van de DBCs. DBCs laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. DBCs bieden verzekeraars daardoor handvatten om te onderhandelen over kwaliteit en prijs van de zorg. Een dergelijk beweging, overgang naar prestatiebekostiging, is overigens ook zichtbaar in de AWBZ, met de introductie van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's).

Met het in werking treden van de Zvw is aan zorgverzekeraars een grotere rol toebedacht in het onderhandelen over zorg. Om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed te laten verlopen, vond de minister het van belang dat zowel de ziekenhuizen als de individuele zorgverzekeraars weten waar zij over onderhandelen. Bovendien moest er sprake zijn van een goed functionerend systeem van (variabele) bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten (DBC's). Goed onderhandelen over het zorgaanbod van een ziekenhuis vergt onderhandelingsruimte (selectief contracteren, vrij volume en vrije prijsvorming) bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen en integrale zeggenschap van het ziekenhuis over de totale productie. Dit betekent dat er eenduidige producten moeten zijn, die het mogelijk maken om transparant te zijn over de kwaliteit. Daarnaast moet het ziekenhuis als aanbieder van zorgproducten weten welke kosten er gemaakt worden om deze producten aan te kunnen bieden en welke kosten er dus in rekening moeten worden gebracht bij de verzekeraar. Daarom moest er bij de invoering van vrije prijsvorming sprake zijn van een integrale prijs, waarin onder andere ook de kapitaallasten zijn verwerkt. Binnen de FB-systematiek is van deze integrale prijzen geen sprake. Ziekenhuizen kregen namelijk een aparte instellingsspecifieke vergoeding voor onder andere de kapitaallasten. Deze vergoeding stond los van de hoeveelheid geleverde zorg.

Het verruimen van het segment van vrije prijsvorming moest de doelmatigheid in de ziekenhuiszorg vergroten. Tegelijk bleef het van belang overschrijding van het BKZ te voorkomen. Bij de overstap naar vrije prijsvorming vervallen in principe de aangrijpingspunten voor budgettaire beheersing die de bestaande bekostiging van de ziekenhuiszorg wel bood.

Integrale DBCs: kapitaallasten

Zowel voor het A-segment als het B-segment was voorzien dat de bekostiging van ziekenhuizen en specialisten gebaseerd zou moeten zijn op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten en kosten voor medisch specialisten moesten dus in het tarief of de prijs worden opgenomen. De bekostiging van de ziekenhuiszorg wordt dan zowel in het A-segment als in het

B-segment gebaseerd op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten zouden voor beide segmenten daarom vanaf 1 januari 2008 onderdeel gaan uitmaken van het tarief respectievelijk de prijs van de geleverde zorgproductie. In zijn brief over transparante en integrale tarieven¹⁵³ is de minister uitvoerig ingegaan op de problematiek van de kapitaallasten.

Invoering DBCs

Ruim voor de invoering van de Wmg had de Minister van VWS in een brief van 20 oktober 2004¹⁵⁴ al geconstateerd dat het bestaande zorgstelsel onvoldoende aan de vraag van patiënten en verzekerden beantwoordde en dat een groot deel van de electieve niet-spoedeisende zorg geliberaliseerd kon worden. Hij stelde voor het huidige systeem van aanbodregulering bij de ziekenhuizen te vervangen door vraagsturing door de introductie van marktprikkels, inclusief vrije prijzen voor bepaalde DBCs. Met het invoeren van marktprikkels wilde de minister betere kwaliteit en innovatie in de zorg realiseren en de toegankelijkheid van de zorg blijven waarborgen. De invoering van marktprikkels was naar het oordeel van de Minister niet alleen wenselijk maar ook noodzakelijk. Met een verantwoorde liberalisering¹⁵⁵ wilde de minister voorkomen dat de beheersing van de kostenontwikkeling bij zorgaanbieders in het gedrang zou komen en de publieke belangen in de zorg niet meer zouden zijn gewaarborgd. Bij de criteria die de minister bij het samenstellen van het toenmalige B-segment heeft geformuleerd en gehanteerd behoorde onder meer een beperkt budgettair risico.

Omdat het duidelijk moest zijn wat zorgaanbieders doen en tegen welke prijs, is in de ziekenhuiszorg het systeem van DBCs ingevoerd. De DBCs laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. DBCs bieden verzekeraars daardoor handvatten om te onderhandelen over kwaliteit en prijs van de zorg. De invoering van de DBCs heeft voordelen boven de voormalige functiegerichte bekostiging, omdat de DBCs leiden tot meer transparantie voor patiënten en (de bedrijfsvoering) in ziekenhuizen en bij verzekeraars.

Begin 2005 vond de introductie van de DBC-systematiek plaats en vanaf die tijd datum konden ziekenhuizen onderhandelen over de prijzen voor dat deel van de zorg (10%), dat in het B-segment was geplaatst. In het B-segment zijn de inkomsten van ziekenhuizen wel rechtstreeks afhankelijk van de gedeclareerde DBCs. In dit segment onderhandelen ziekenhuizen met individuele verzekeraars over prijs, kwaliteit en volume van de te leveren DBCs. Daarnaast bleef 90% van de zorg (A-segment DBCs) die de ziekenhuizen leverden nog gebaseerd op een budget op basis van de FB-systematiek. Bij deze 90% van de ziekenhuiszorg hadden zorgverzekeraars geen mogelijkheden om te onderhandelen over de kosten van de behandelingen. Ze konden daardoor namens hun verzekerden en patiënten onvoldoende eisen stellen.

Voor de medisch specialistische zorg binnen deze DBCs is er inmiddels sinds 1 januari 2008 een landelijk uurtarief en zijn normtijden vastgesteld. Sindsdien is er een einde gekomen aan de

153 Kamerstukken II 2004-2005, 27 659, nr.52.

154 Brief minister over de electieve, complexe en curatieve zorg van 20 oktober 2004, Kamerstukken II 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 25 (Vaststelling begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005).

155 Kamerstukken II 2003-2004, 23 379, nr.3, p.5 (Memorie van toelichting bij de WTG Express).

zogenaamde lumpsum bedragen en is er voor medisch specialisten het nieuwe uurtarief van € 139,50 (prijsspeil 2009) ingevoerd. Op dit tarief is een bandbreedte van € 6,50 onder en € 6,50 boven het uurtarief van toepassing. Het inkomen van de vrijgevestigde medisch specialisten is vanaf 2008 het product van het aantal geleverde DBCs, de normtijd per DBC en het uurtarief (Ministerie van VWS, 2007). Er bestond een reële verwachting dat het nieuwe uurtarief een stuwend effect zou gaan hebben op het volume van de ziekenhuiszorg¹⁵⁶. Door het aantal behandelingen te vergroten, vergroten medisch specialisten namelijk tevens hun inkomen. Uit het interview met de heer Moerkamp van VWS¹⁵⁷ blijkt dat dit ook een punt is waar het departement tegenaan loopt. De medisch specialisten zijn volgens de heer Moerkamp “...nog volledig gevrijwaard van de marktwerking”. “Doordat normtijden in DBCs en het uurtarief zijn vastgelegd, kunnen specialisten alle productiviteitswinst – bijvoorbeeld door het inschakelen van aio’s en verpleegkundigen – voor zichzelf houden.”

Toetsing voortgang DBCs

In de Voortgangsrapportage DBCs die de minister van VWS op 12 juni 2006 aan de Tweede Kamer heeft gestuurd¹⁵⁸, informeerde de minister de Kamer over de wijze waarop er noodzakelijke aanpassingen in het DBC-systeem moesten worden doorgevoerd. Bovendien had de minister, voorafgaande aan de invoering van de Wmg per 1 oktober 2006 op 21 juni 2006 de Kamer per brief¹⁵⁹ geïnformeerd over de door Vektis geconstateerde problemen rondom mogelijk teveel betaalde DBC-declaraties en de wijze waarop de minister dit probleem wilde aanpakken. Tijdens het Algemeen Overleg over DBCs op 27 juni 2006, gaf de minister aan dat deze problematiek opgelost moest zijn voordat van verdere deregulering van de ziekenhuisbekostiging sprake kon zijn. Het DBC-systeem, dat op dat moment te complex was, zou dus nog verder moeten worden aangepast. Het feit dat het systeem nog niet optimaal functioneerde, leidde er toe dat de DBCs op de werkvloer nog veel tijd kostten en op kritiek konden rekenen. Samen met de veldpartijen is dan ook het verbeterplan DBCs opgesteld.

Uit het verslag van de evaluatie van de DBC-invoering naar aanleiding van het experiment met vrije prijsvorming dat bij de Sint Maartenskliniek heeft plaatsgevonden concludeerde de minister dat de bekostiging van de ziekenhuiszorg verder kon worden aangepast en dat kon worden aangesloten op de DBC-systematiek, mits de systematiek vereenvoudigd werd en de problemen met de mogelijk onterechte declaraties werden opgelost. Een stabiel DBC-systeem moest een randvoorwaarde zijn voor verdere stappen op het gebied van de liberalisering. De minister ging er daarbij van uit dat dit vóór 1 januari 2008 het geval was.

Het perspectief dat de minister in 2006 schetste was dat met ingang van 1 januari 2008 het systeem van ziekenhuisbekostiging zodanig aangepast zou kunnen worden, dat het meer ruimte zou geven voor initiatief en verantwoordelijkheid aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders en beter zou

¹⁵⁶ RVZ 2008a.

¹⁵⁷ Interview dhr. Moerkamp, Ministerie van VWS (27 maart 2009).

¹⁵⁸ Kamerstukken II 2005-2006, 29 248, nr.27.

¹⁵⁹ Kamerstukken II 2005-2006, 29 248, nr.28.

aansluiten bij de filosofie van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met al oogmerk te komen tot betere zorg voor de patiënten.

Verder uitbreiding van het B-segment

De NZa adviseerde de Minister in haar uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" van 19 april 2007 dat het B-segment kon groeien naar 20%. Wel moest volgens de NZa worden uitgegaan van planbare zorg met goed omschreven prestaties. De voorbereidingen die hiervoor nodig waren, werden vervolgens in gang gezet.

In de oorspronkelijke plannen betekende dit dat vanaf 1 januari 2008:

- een verdere uitbreiding van het B-segment waardoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor ruim 70% van de ziekenhuiszorg over de prijzen van de zorgproducten zouden moeten kunnen onderhandelen;
- er zou ook een tijdelijk instrument moeten worden geïntroduceerd voor deze 70% van de ziekenhuiszorg (de maatstafconcurrentie; zie 3.6), dat er toe diende een gematigde prijsontwikkeling en een prikkel voor doelmatigheid in de eerste jaren te garanderen; en
- voor de beschikbaarheid van acute zorg, topklinische en topreferente zorg, opleidingen en dure en weesgeneesmiddelen (AO-segment¹⁶⁰) zou regulering blijven gelden, waarbij prestatiebekostiging een van de uitgangspunten was en waarbij zoveel mogelijk werd aangesloten bij de DBC-systematiek.

Die oorspronkelijke plannen zijn echter weer snel bijgesteld omdat ze niet realistisch bleken te zijn.¹⁶¹

In juni 2007 heeft de NZa een "Monitor Ziekenhuiszorg 2007" uitgebracht. Hierin geeft de NZa aan dat de bestaande omvang van het B-segment te klein was om de marktwerking goed op gang te brengen. Een aanzienlijke vergroting van het segment met vrije prijzen zou volgens de NZa kunnen leiden tot een sterke impuls voor de ziekenhuiszorg. Dit zou dan een positief effect kunnen hebben op kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg.

De Minister besloot het B-segment per 1 januari 2008 uit te breiden naar 20%. Het ging volgens de Minister om DBCs die een goede prestatiebeschrijving hebben en stabiel waren. Tevens werden "economische" criteria meegewogen bij de bepaling van de hiertoe geschikte DBCs.

De minister van VWS had de NZa verzocht om op 1 maart 2008 een tussentijds advies uit te brengen over de mogelijkheden tot uitbreiding van het B-segment in 2009. In het advies van de NZa over de uitbreiding van het B-segment (Utrecht april 2008) heeft de NZa allereerst gekeken naar de

¹⁶⁰ Zie Aanwijzing voorbereiding ziekenhuiszorg 2009, Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 oktober 2007, nr. MC-U-2808582. De prestaties in het AO-segment worden niet rechtstreeks bij patiënten en/of zorgverzekeraars in rekening gebracht. De prestaties betreffen onder andere de beschikbaarheid van spoedeisende hulp, de academische component en de bekostiging van opleiding van medisch specialisten.

¹⁶¹ Zie onder meer: Productstructuur vernieuwd DBC-systeem klaar voor invoering 2010, www.dbconderhoud.nl

ontwikkelingen en verwachtingen in het B-segment. De analyse is gebaseerd op eerdere markt-analyses van de NZa, op een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door TNS NIPO en op een kwantitatief onderzoek onder verzekeraars naar de eerste onderhandelingsresultaten in 2008. Vervolgens heeft de NZa een marktanalyse gemaakt van zorg in het A-segment om te kijken of deze zorg in aanmerking komt voor plaatsing in het B-segment.

De NZa constateert dat er diverse positieve ontwikkelingen zijn in het B-segment. Zo is er meer aandacht gekomen voor kwaliteit en innovaties en voor de transparantie daarvan. Ook heeft de introductie van het B-segment geleid tot nieuwe toetreders, en daarmee tot meer concurrentie op de markt en tot meer keuzemogelijkheden voor de consument. Bij het doen ontstaan van innovaties zijn echter wel vraagtekens te stellen. Zo stelt het CVZ:¹⁶² "Hoogervorst ging ervan uit dat de markt zichzelf ging innoveren en dat innovatie vanzelf van de grond kwam. Het CVZ is van mening dat het zo niet werkt. Als een innovatie grote investeringen vergt dan is de bereidheid van investeerders klein. Zeker als er geen uitzicht is dat de investeerders op een redelijk korte termijn terugverdienen wat ze hebben geïnvesteerd. Daarom komt innovatie slecht van de grond."

Daarnaast zijn er volgens de NZa indicaties dat verzekeraars er steeds beter in te slagen om afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en het volume van de ingekochte zorg. De NZa zag dan ook geen reden om aan te nemen dat de prijzen en de volumes in 2008 fors zouden toenemen. De NVZ bevestigt die constatering van de NZa. Wat de NVZ betreft kan het B-segment nog wel groter.¹⁶³

Volumestijging B-segment

Uit verschillende studies¹⁶⁴ was naar voren gekomen dat de volumes in het B-segment in 2006 en 2007 waren gestegen. Zo constateerde Vektis een volumestijging van 10% in 2006, en constateerde het CVZ dat de kosten (dus prijs*volume) in het B-segment in de eerste helft van 2007 met 28,2% waren toegenomen¹⁶⁵. Uit onderzoek van Gupta (in opdracht van de NVZ)¹⁶⁶ komt echter naar voren dat de zorg die in 2005 in het B-segment was opgenomen ook al voordat zij in het B-segment werden geplaatst harder groeide dan veel andere zorgsoorten. Bovendien constateert Gupta dat het volume in 2007 minder hard gegroeid zou dan in 2006.

In haar "Monitor Ziekenhuiszorg 2008" had de NZa vastgesteld dat het B-segment in de periode 2005-2007 gematigd positieve effecten liet zien. Vergroting van het B-segment kon volgens de NZa leiden tot een verdere impuls voor marktwerking in het B-segment en tot positieve effecten voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Er waren volgens de NZa monitor in 2008 onvoldoende indicaties om te veronderstellen dat de voorgestelde uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 zou leiden tot negatieve effecten op de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid

162 Interview CVZ (26 maart 2009).

163 Interview NVZ (19 februari 2009).

164 Zie o.a. Varkevisser et al 2006, p. 38-40.

165 Onder meer Vektis 2008a, Vektis 2007 en CVZ 2007.

166 Gupta Statagists 2008.

en betaalbaarheid. Inmiddels is ook de NZa-monitor ziekenhuiszorg 2009 verschenen die deze conclusies nogmaals bevestigt.¹⁶⁷

Op basis van de "Monitor Ziekenhuiszorg 2008" van de NZa en de positieve ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de periode 2005-2007 achtte de Minister het verantwoord het B-segment per 2009 vervolgens verder uit te breiden naar 34%. Ook werden de prijzen voor de zorg vrijgegeven waarvoor in de eerste lijn vrije prijzen gelden en die ook als los declarabele prestatie (OVP) wordt aangeboden in de ziekenhuizen. In het interview merkt de NVZ op dat de minister de eerste lijn heel belangrijk vindt. "Het lastige nu is dat je nog te maken hebt met verschillende bekostigingssystemen".¹⁶⁸

Op 18 mei 2009 is de Monitor ziekenhuiszorg 2009 gepubliceerd. De NZa concludeert daarin onder meer dat de omzetsstijgingen over 2008 beperkt zijn. De vraag naar zorg neemt sinds 2004 licht toe, "onder meer door vergrijzing en innovaties in de zorg waardoor mensen meer en beter behandeld kunnen worden". Volgens de NZa is in de periode 2005-2008 "de prijsstijging in het vrije segment structureel lager dan in het segment waarin de prijzen nog gereguleerd zijn".

*Uit: NZa monitor ziekenhuiszorg 2009*¹⁶⁹

Betaalbaarheid

"De betaalbaarheid van de zorg hangt af van hoeveel een consument bereid is om voor deze zorg – collectief – te betalen, hoeveel zorg kost en hoeveel de zorg oplevert in termen van gezondheidswinst. In deze monitor is de NZa voornamelijk ingegaan op de ontwikkeling van de kosten van zorg.

De gegevens over 2008 zijn nog onvolledig. Daarom moeten vooral de omzetgegevens op basis van DIS-data met de nodige zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd.

De omzetontwikkeling van het B-segment is specifiek bekeken voor de 'B-tranche 2005'. Het aandeel in DIS van de omzet in deze tranche is in de jaren 2005-2007 vrijwel gelijk gebleven (10%). Het blijkt dat het aandeel in de omzet van deze tranche in 2008 afneemt.

De prijsontwikkeling is gematigd. De nominale prijzen in de 'B-tranche 2005' in 2005-2006 en in 2007-2008 zijn minder hard gegroeid dan in het A-segment. In 2007 was de prijsontwikkeling in het B-segment hoger dan de, door budgetkorting neerwaarts bijgestelde, prijsontwikkeling in het A-segment. Over de totale periode 2005-2008 is de prijsstijging van 'B-tranche 2005' lager dan in het A-segment. Bij de 'B-tranche 2008' is sprake van een opslag op de schoningsprijzen van 2,0%.

De NZa heeft de kostenstijging 2007-2008 van medisch specialisten, die onder de lumpsum vielen, onderzocht. De NZa schat de omzetgroei op ongeveer 8%. Dit getal is nog erg onzeker vanwege beperkt beschikbare informatie over 2008, maar zal waarschijnlijk tussen de 2% en 15% liggen.

De volumeontwikkeling van het B-segment (4,2%) blijft in de periode 2004-2007 iets achter bij de totale volume-

¹⁶⁷ NZa 2009b.

¹⁶⁸ Interview NVZ vereniging van ziekenhuizen (19 februari 2009).

¹⁶⁹ NZa 2009b, p. 9-10.

ontwikkeling (5,2%).

Opvallend is de relatief sterke stijging in het B-segment in 2005. Het lijkt er op dat ziekenhuizen B-segment productie in 2004 hebben uitgesteld tot 2005.

Geconstateerd is dat voor sommige specialismen een aanzienlijke groei in productie wordt behaald. In sommige gevallen komt dit door toename van de vraag,(...). In andere gevallen is er sprake van een verschuiving tussen specialismen (...). Een derde verklaring is dat mogelijk sprake is van een registratie-effect.

De behandelduur neemt nog steeds af en de trend in de substitutie van klinische behandelingen naar dagbehandelingen zet nog steeds door. De NZa wil meer inzicht krijgen in de werkelijke volumeontwikkelingen en zet daarom een nieuw analysekader op, waarin zij voor specifieke diagnosegroepen zowel DBC-registratie als ICD-registratie bekijkt. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in werkelijke volumeontwikkelingen en of eventuele groei voorspeld kan worden. De eerste resultaten duiden op een gematigde groei. Er zijn geen aanwijzingen voor substitutie van het A-segment naar het B-segment of een hogere groei in het B-segment. In volgende monitors komt dit analysekader uitgebreid aan bod.”

Ervaringen met DBCs en invoering DOT's

Mede in het kader van de motie Schouw¹⁷⁰ had de minister de invoering van de DBC-systematiek nauwlettend in het oog gehouden aan de hand van een vooraf uitgewerkt evaluatiekader. In dat evaluatiekader gaf hij aan de resultaten van de invoering te vergelijken met 2005, het jaar waarin de DBCs zijn ingevoerd. Met de betrokken koepels en onderhoudspartijen is vervolgens gewerkt aan een pakket van verbeteringen om enkele onvolkomenheden in de systematiek op te lossen. Deze verbeteringen waren onder meer gericht op het verminderen van de administratieve lasten die specialisten en medewerkers van de ziekenhuizen ervoeren. Daarnaast hebben de betrokken veldpartijen onder regie van VWS het plan DBCs op weg naar transparantie (DOT) opgesteld. Dat heeft inmiddels geleid tot een invoeringstraject waarbij vanaf 1 juli 2009 wordt gestart met de registratie-fase en de invoering van de nieuwe productstructuur per 2011 volledig zal worden ingevoerd. Volgens de heer Moerkamp van VWS¹⁷¹ doet het departement de invoering van prestatiebekostiging “heel voorzichtig”. “Dat gaat stap voor stap (10% - 20% - 34%). Deze minister maakt zich er hard voor om flinke stappen te maken. VWS wil doorpakken naar 70%, want als je blijft hangen dan komt je niet echt tot een markt. In de politieke arena zie je echter toch ook wel terughoudendheid. Niettemin gaat het invoeren van prestatiebekostiging stap voor stap verder. Dhr. Moerkamp denkt wel dat we het point-of-no-return voorbij zijn. Er is niemand die weer terug wil naar budgetsystematiek. De discussie nu is of we in 2010 van het budgetstelsel af kunnen of in 2011.”

De invoering van de DBCs heeft problemen opgeleverd in de GGZ. GGZ Nederland¹⁷² verwoordde dit in een interview als volgt: “Bij de overstap hebben de DBCs wel voor een heel akelig liquiditeitsprobleem gezorgd, waar de GGZ onvoldoende op was voorbereid.” En hij voegt daar nog aan toe: “Omdat de gemiddelde looptijd van een DBC (=looptijd van de behandeling) 8 maanden is, moesten

170 Kamerstukken I 28 944 en Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr. 1.

171 Interview dhr. Moerkamp, Ministerie van VWS (27 maart 2009).

172 Interview GGZ Nederland (9 maart 2009).

zorgaanbieders in één keer driekwart van de jaaromzet voorschieten. Dat was een aanvangs-probleem, maar is nog niet helemaal opgelost. Op dit moment wordt daar met zorgverzekeraars aan gewerkt. Zorgverzekeraars zullen een voorschot gaan betalen. Over de hoogte van dat voorschot wordt nu nog onderhandeld. Dit is een oplossing voor 2009. Daarnaast wordt er ook gekeken naar een blijvende oplossing”.

Menzis is voorstander van het nieuwe DOT-systeem.¹⁷³ “Het probleem is alleen dat je niet van het ene op het andere moment kunt overschakelen naar een nieuw systeem. Bij de invoering van zo'n nieuw systeem zal je 2-3 jaar beide systemen naast elkaar moeten draaien. Op dit moment loop je met het oude DBC-systeem nog drie jaar achter en die drie jaar zul je eerst nog in moeten halen voordat je volledig met het nieuwe systeem verder kunt werken.”

Samenvatting

Bij de ziekenhuizen is op 1 januari 2005 de DBC-systematiek ingevoerd, waarbij voor aanvankelijk 10% van de zorg vrij over de prijzen met de zorgverzekeraars kon worden onderhandeld. Op basis van de evaluaties van de NZa is stapsgewijs besloten om het vrij onderhandelbare B-segment uit te breiden via 20% naar inmiddels 34%. De NZa heeft er bij herhaling op gewezen dat de ontwikkelingen in het B-segment als positief te kenschetsen zijn. Wel zag de NZa ook risico's bij een verdere uitbreiding van het B-segment in de zin dat zorgaanbieders hogere prijzen zouden kunnen vragen voor de geleverde zorg. Inmiddels blijkt uit de NZa monitor ziekenhuiszorg 2009 dat de omzetsstijgingen over 2008 beperkt zijn. Volgens de NZa is over de periode 2005-2008 de prijsstijging in het vrije B-segment structureel lager dan in het A-segment waarin de prijzen nog gereguleerd zijn. Over de omzetgegevens op basis van DIS-data tekent de NZa daarbij aan dat deze “met de nodige zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd”.

Het is duidelijk dat er nog steeds grote technische uitvoeringsproblemen rond de DBCs bestaan. Bovendien bestaan er problemen rond de specialistenhonoraria (in het bijzonder de normtijden per DBC). Tenslotte moet worden gewezen op de problemen die bestaan over het splitsen van de kapitaal-lasten over het A- en B-segment. Dit vormde de belangrijkste reden waarom er begin 2009 nog nauwelijks contracten met zorgverzekeraars en ziekenhuizen waren gesloten. Daarnaast waren er uitvoeringsproblemen na de overheveling van een deel van de GGZ naar de Zvw.

Inmiddels hebben de veldpartijen onder regie van het ministerie van VWS het plan “DBC's op weg naar transparantie” opgesteld. Het is de bedoeling dat die nieuwe verbeterde productstructuur zal per 2011 worden ingevoerd. Het blijft daarbij vooralsnog onzeker of een verdere doorvoering van de prestatiebekostiging en liberalisering en uitbreiding van het B-segment haalbaar is. Wel is duidelijk dat de stapsgewijze en voorzichtige aanpak tot nu toe in het algemeen niet op onoverkomelijke problemen is gestuit.

¹⁷³ Interview Menzis (31 maart 2009).

Casus Liberalisering vrije tarieven fysiotherapeuten

Op de markt voor fysiotherapie is op 1 februari 2005, tegelijk bij de invoering van de WTG ExPres, een experiment gestart met vrije prijsvorming. Dit experiment is een goede testcase voor de mogelijkheden die aanvankelijk het instrumentarium van de artikel 11 van de WTG (zoals gewijzigd door de WTG Expres) en vanaf 1 oktober 2006, artikel 58 van de Wmg, biedt.

Fysiotherapeuten en verzekeraars mochten vanaf februari 2005 zelf afspraken maken over de prijs van het geleverde product. Daarnaast stond het hen al vrij om afspraken te maken over de kwaliteit, het volume en de investeringen en was er sprake van contracteervrijheid voor zorgverzekeraars. Een belangrijke reden om het experiment in de fysiotherapie sector te beginnen was de aanwezigheid van voldoende aanbieders op de markt.

Doelstelling van het experiment was om inzicht te krijgen in de gevolgen van vrije tariefvorming voor de doelmatigheid, de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg.

In de monitor fysiotherapie 2006 is een eerste evaluatie van het experiment opgenomen.¹⁷⁴ De belangrijkste resultaten van het experiment waren dat:

- de introductie van marktwerking nog geen aanwijsbare positieve invloeden hadden gehad op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De publieke belangen waren echter ook niet in het geding gekomen;
- de kwaliteit van de zorg was geborgd doordat er in de contracten minimumkwaliteitseisen zijn opgenomen;
- de toegankelijkheid was geborgd doordat verzekeraars ruim contracteerden en er geen wachtlijsten voor fysiotherapeuten waren;
- de betaalbaarheid was geborgd doordat de meeste patiënten aanvullend verzekerd waren voor fysiotherapie. Wel waren in twee jaar de reële prijzen voor een reguliere zitting met 16 procent gestegen. Deze prijsstijging werd door de marktpartijen echter verklaard door het feit dat het tarief in het verleden te laag was en het volgens hen nodig was om dit tarief naar een redelijker niveau te verhogen. Het was niet bekend op welke manier deze verhoging was doorgerekend in de polissen.
- door de introductie van marktwerking is er meer dynamiek op de markt ontstaan. De meeste verzekeraars boden een menu van tarieven aan. Fysiotherapeuten konden daardoor uit verschillende tarieven kiezen. Doordat de tariefopslag was gekoppeld aan eisen op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit en transparantie waren er prikkels voor fysiotherapeuten om hierin te investeren.

De minister verlengde vervolgens het tweejarige experiment met nog een jaar. Dit was in overeenstemming met het advies van de NZa, toen nog CTG/ZAio (College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting), in de monitor fysiotherapie 2006. De reden was dat de markt op een aantal terreinen nog niet goed genoeg functioneerde om tot volledig vrije prijsvorming over te gaan. Het jaar verlenging zou de partijen de gelegenheid bieden om de transparantie op het gebied van de kwaliteit en de prijs te verbeteren. Daarnaast bood het de mogelijkheid om beter inzicht te krijgen in

¹⁷⁴ NZa 2006b.

de werking van de markt op het gebied van de prijsontwikkeling. Als op deze punten verbetering zou optreden, kon naar de mening van de NZa de markt voor fysiotherapie worden vrijgegeven.

De uitgaven aan fysiotherapeutenpraktijken stegen in 2006 aanzienlijk: met veertien procent. Dit kwam volgens zorgverzekeraars en fysiotherapeuten door een inhaalslag naar marktconforme tarieven.¹⁷⁵ De contractprijzen voor fysiotherapie zijn vervolgens in 2007 gemiddeld met ruim twee procent gestegen.¹⁷⁶ Na correctie voor inflatie was de stijging nihil. De prijzen zijn dan ook in 2007 gestabiliseerd. De betaalbaarheid bleef hierdoor volgens de NZa dan ook geborgd.

In de Monitor Fysiotherapie 2007¹⁷⁷ adviseerde de NZa om per 1 januari 2008 vrije prijsvorming voor fysiotherapie in te voeren. Daarbij baseerde de zorgautoriteit zich op de bevindingen die sinds 2005 experimenteel met vrije prijsvorming in de fysiotherapie waren opgedaan. Het experiment met vrije prijsvorming in de fysiotherapie vloeide voort uit de motie-Schippers in de Tweede Kamer.¹⁷⁸

Vanaf 1 januari 2008 zijn dan ook de vrije marktprijzen¹⁷⁹ voor fysiotherapie ingevoerd,¹⁸⁰ terwijl al vanaf 1 januari 2006 verplichting van een verwijfsbrief is afgeschaft. Met zijn besluit volgde de minister het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De fysiotherapie zou wel onder toezicht van de NZa blijven staan¹⁸¹. De kaders van de Wmg blijven dan ook van toepassing, waarmee de fysiotherapie onder het toezicht blijft vallen van de NZa. Daarmee blijft tevens een instrument voorhanden om, indien de markt voor fysiotherapie zich alsnog naar het oordeel van de NZa en de minister onaanvaardbaar zou ontwikkelen in relatie tot de publieke belangen, de tarieven aan een maximum te binden.

De belangrijkste bevinding van de NZa in 2007 was dat de forse toename van het tarief, zoals die zich aan het begin van het experiment voordeed, tot staan was gekomen. De prijs had zich gestabiliseerd op een niveau dat zowel voor zorgverzekeraars als fysiotherapeuten aanvaardbaar was. Op grond van de bevindingen trok de NZa de conclusie dat de vrije prijsvorming geen hindernissen opwierp ten aanzien van de 'publieke belangen' (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid). De hoge contracteringsgraad werkte positief uit op de toegankelijkheid. De gecontracteerde prijzen waren ten opzichte van 2006 nauwelijks gestegen (nominaal 2%).

In 2008 bezocht ongeveer 20 procent van de Nederlandse bevolking ten minste één keer de fysiotherapeut. Van de vrouwen ging bijna 23 procent, van de mannen 16 procent.¹⁸² Het percentage is

175 Bronnen: CBS, 16 mei 2007 en ZN Journaal, 2007, nr. 20.

176 NZa 2007a.

177 NZa 2007a.

178 Handelingen II 2004-2005, 29 200 XVI, nr.139 (Motie Schippers).

179 Hierbij gaat het om vrije tarieven zoals bedoeld in artikel 57, vierde lid, onder c, van de Wmg.

180 Nieuwsbericht ministerie van VWS, 23 augustus 2007 en Kamerstuk (brief minister van VWS), 23 augustus 2007.

181 Zie hiervoor onder meer: Aanwijzing inzake invoering vrije prijsvorming fysiotherapie, Staatscourant, 23 november 2007, nr. 228, p. 27 en Aanwijzing werkingsfeer van de aanwijzingen vrije prijsvorming fysiotherapie en oefentherapie, Staatscourant, 16 januari 2008, nr.11, p.18.

182 CBS, Eén op de vijf Nederlanders naar fysiotherapeut, persbericht 1 december 2008.

het hoogst bij vrouwen van 65 jaar of ouder. Het aantal bezoeken is de laatste decennia snel toegenomen. In 1981 bezocht nog geen 7 procent van de bevolking de fysiotherapeut. Het aandeel is de laatste 26 jaar dus bijna verdrievoudigd. Vooral de laatste jaren is het percentage bezoekers aan de fysiotherapeut relatief sterk toegenomen. Een mogelijke verklaring voor de sterke stijging vanaf 2006 is volgens het CBS het feit dat mensen geen verwijfsbrief van de huisarts meer nodig hebben voor bezoek aan de fysiotherapeut. Het is echter onduidelijk hoe belangrijk deze verklaring is. Over de ontwikkelingen rond fysiotherapie zijn door de Nza geen recente monitorrapportages meer uitgebracht.

Samenvatting

Net als bij de ziekenhuizen is ook bij de fysiotherapie begin 2005 gestart met de invoering van een experiment met vrije prijsvorming. Na monitoring door de NZa verlengde de minister het aanvankelijk tweejarige experiment met nog een jaar. Ook hier deden zich aanvankelijk problemen voor. Na een aanvankelijk sterke stijging van de contractprijzen stabiliseerden die zich waardoor volgens de NZa, de betaalbaarheid geborgd bleef. Dat leidde er toe dat op 1 januari 2008 vrije marktprijzen voor fysiotherapie zijn ingevoerd. Uit de meest recente cijfers van het CBS (16 mei 2007) blijkt wel dat over de laatste jaren er sprake is van een toename van het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut. De oorzaak achter deze stijging is niet duidelijk. Vooral opmerkelijk is ook het achterwege blijven van een analyse van de NZa van deze ontwikkelingen. Bij een dergelijk unieke situatie, het eerste voorbeeld waarbij de prijsvorming in een markt werd vrijgegeven onder de relatief gunstige conditie van een overaanbod van zorgaanbieders, zou verwacht mogen worden dat ook na afloop van het experiment de vinger aan de pols wordt gehouden, om na te gaan hoe de kosten zich ontwikkelen en of hier inderdaad sprake is van een steeds efficiënter werkende markt. Door het ontbreken van een dergelijke analyse is het niet mogelijk om vast te stellen of de ontwikkelingen rond fysiotherapie nog steeds zijn zoals gewenst en wordt de kans gemist om uit deze situatie lering te trekken.

3.6 Welke knelpunten en problemen doen zich voor bij de toepassing van de instrumenten tot kostenbeheersing?

Wat betreft het aspect kostenbeheersing in de Wmg ligt het belangrijkste, nieuwe, knelpunt op het spanningsveld tussen de beoogde tot standkoming van efficiënt werkenden (deel-) markten in de gezondheidszorg en de behoefte aan een effectief instrumentarium om collectief gefinancierde zorguitgaven te kunnen beheersen.

In deze paragraaf gaan we allereerst in algemene zin in op de aanwijzingsbevoegdheid van de Minister, vervolgens bespreken we kort het ontstaan en verdwijnen van een bijzonder instrument: de maatstafconcurrentie om af te sluiten met een beschouwing van de knelpunten die verbonden zouden zijn aan de –voorgenomen- introductie van een nieuw prijsbeheersingsinstrument.

3.6.1 Knelpunten bij het uitoefenen van de aanwijzingsbevoegdheid

Volgens de memorie van toelichting regelt artikel 7, lid 1, onder c, Wmg, dat de minister kan bepalen dat in sectoren waar er sprake is van tariefregulering moet worden bezuinigd dan wel meer geld beschikbaar moet worden gesteld. Deze bevoegdheid raakt een wezenlijk belang van de overheid: 'dat de totale kosten van onze gezondheidszorg in het nationaal uitgavenpatroon aanvaardbaar (...) blijven'.¹⁸³ Niet zonder reden verwijst de considerans van de Wmg dan ook naar "de beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg".

De introductie van vrije prijsvorming voor deelsectoren van de gezondheidszorg (zoals in B-segment van de DBCs bij de ziekenhuizen en de fysiotherapie), betekent dat partijen in principe vrij zijn bij het maken van prijs- en volumeafspraken. Eerder is al betoogd dat het in principe weliswaar mogelijk is om op grond van macrobudgettaire overwegingen ook in een 'vrije' markt prijsmaatregelen te nemen. Echter, vanuit een Europeesrechtelijk perspectief vraagt dit om toetsing aan de voorwaarden voor afwijking van het Verdrag en vanuit een economisch perspectief vraagt dit om de bereidheid om de efficiency van efficiënt functionerende geliberaliseerde markten te beperken (zie paragraaf 2.7)

Op dit moment is de vrije markt voor de ziekenhuizen al een deelrealiteit: voor gemiddeld 34% van de ziekenhuiszorg is er sprake van vrije prijsvorming. Voor de overige 66% worden de tarieven gereguleerd door de NZa. Uitbreiding van het B-segment is nog steeds een reële beleids optie. Wanneer in de toekomst hooguit 30% tot 40% van de ziekenhuiszorg nog tariefregulering kent, en besloten wordt het vrije deel buiten de macrobudgettering te laten vallen, dan zou de kostenbeheersing via die 30-40% verlopen. Dit zou tot een onevenredig grote ingreep in het A-segment leiden. Ook is hierbij nog een ander effect mogelijk: wat in de gereguleerde zorg (A-segment van de ziekenhuizen) wordt gekort, verdienen zorginstellingen met prestaties en tarieven in het vrije segment weer terug, om zo de mogelijke verliezen goed te kunnen maken. Deze overwegingen zouden er toe kunnen leiden dat de omvang van de toegestane marktwerking in de zorg mede - of wellicht vooral - wordt ingegeven door overwegingen die niets te maken hebben met de vraag of een bepaalde markt geschikt is voor liberalisering, maar met de wens de macro-uitgaven in de zorg te beheersen¹⁸⁴.

De memorie van toelichting wijst op de mogelijkheid dat op deelmarkten met vrije tariefvorming andere middelen bestaan om de macrokosten te beheersen en daarmee de betaalbaarheid van de zorg te bewaken, bijvoorbeeld door aanpassing van de verzekeringswetgeving.¹⁸⁵ Die mogelijkheden blijken echter op grond van internationale verdragsbepalingen (zie hoofdstuk 4 evaluatie Zvw/Wzt) zeer beperkt te zijn. Aanpassingen van het basispakket, of verhoging van eigen bijdragen, of het verlagen van de zorgtoeslag, zijn bovendien niet eenvoudig door te voeren zonder maatschappelijk en politiek protest van enige omvang en de grenzen van die mogelijkheid zullen betrekkelijk snel in zicht komen.

¹⁸³ Kamerstukken II 1967-1968, 9717, nr.3, p.6.

¹⁸⁴ Zie Meersma en VerLoren van Themaat 2005, p.2086.

¹⁸⁵ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.30.

3.6.2 Knelpunten bij de beoogde invoering van maatstafconcurrentie

Een belangrijk uitgangspunt bij de vormgeving van de prijsbeheersing was dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk zijn voor doelmatige en kwalitatief goede zorg. De minister vond het aanvankelijk belangrijk om, bij wijze van overgangsfase, gedurende een aantal jaren een systeem van prijsbeheersing per zorgaanbieder te hanteren: het systeem van maatstafconcurrentie. Dit systeem van prijsbeheersing was gebaseerd op één van de varianten die CTG/ZAio, de voorganger van de NZa, had uitgewerkt in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging. Het instrument van maatstafconcurrentie zou niet worden toegepast op individuele DBCs, maar op de totale productie van een zorgaanbieder in een jaar. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders konden daarbij vrij onderhandelen over de prijzen van integrale DBCs (inclusief de kosten voor onder andere de kapitaallasten en medisch specialistische zorg). Per DBC zou door de NZa moeten worden bepaald wat een normprijs was voor deze DBC. De normprijs per DBC zou dan moeten worden gebaseerd op de gemiddelde landelijke prijs- en/of kostenontwikkeling en voorafgaand aan de contractonderhandelingen bekend moeten worden gemaakt aan de aanbieders. De tijdelijke prijsbeheersing moest deze verantwoordelijkheid dus niet afremmen en diende alleen als extra veiligheid voor het geval de onderhandelingen tussen een aanbieder en verzekeraars tot te hoge prijzen zou leiden. De NZa zou daarom dan ook alleen bij relatief dure zorgaanbieders ingrijpen. De uitbreiding van vrije prijsvorming zou nauwgezet worden gevolgd en drie jaar na de uitbreiding worden geëvalueerd op basis van toetsingscriteria die zijn ontwikkeld. Wanneer de resultaten van de evaluatie positief waren, zou een einde worden gemaakt aan de prijsbeheersing.

Bij de introductie van de zogenaamde maatstafconcurrentie zou de prijs van een prestatie worden vastgesteld op basis van efficiëntievergelijking. De meest efficiënte instellingen vormen in zo'n geval de efficiëntiegrens. De tarieven zouden voor de meest efficiënte instellingen een prikkel moeten vormen om hun niveau van efficiëntie steeds verder te verbeteren. Minder efficiënte instellingen zouden een stimulans moeten krijgen om die verbetering bij te houden. De niet efficiënte instellingen zouden aldus worden geprikkeld hun bedrijfsprocessen zo in te richten dat zij op het efficiënte niveau terecht komen. Bij deze methode moest uiteraard rekening worden gehouden met structurele, niet beïnvloedbare verschillen tussen de verschillende instellingen. Ook zou voor een goede vergelijking en beoordeling van de efficiëntie informatie nodig zijn over de kwaliteit van zorg. Efficiëntieverbetering mocht immers niet ten koste gaan van de kwaliteit. Teneinde dat te kunnen beoordelen moest de zorgautoriteit over kwaliteitsinformatie beschikken. Die zou ze vervolgens van de IGZ betrekken. Ook zouden de zorgautoriteit en IGZ afspraken moeten maken over het opvragen van eventueel noodzakelijke aanvullende informatie. Voor een goede vergelijking zou de zorgautoriteit immers moeten afgaan op methoden van kwaliteitsmeting die de IGZ hanteert. In de Wmg was daarvoor de wettelijke basis geregeld.

Op de mogelijke invoering van de maatstafconcurrentie is veel kritiek gekomen. Dat betrof vooral de koppeling van maatstafconcurrentie aan macrokortingen. Zo werd gesteld dat wanneer het kabinet uit budgettaire overwegingen tot een aanscherping van de maatstaf zou overgaan, er de facto geen

sprake meer zou zijn van maatstafconcurrentie, maar van macrobudgettering.¹⁸⁶ Als de overschrijdingen van het BKZ door een volumegroei die hoger is dan was verwacht, zou leiden tot een verlaging van het prijsplafond, zou de maatstaf als een landelijk 'sluittarief' gaan fungeren om zo een politiek gewenst macrobudget te realiseren. Dit zou 'verlammend gaan werken op de bereidheid om daadwerkelijk te investeren in de kwaliteit van de zorgverlening, omdat het voor partijen onzeker is of de gemaakte afspraken nog haalbaar zijn als het prijsplafond neerwaarts wordt bijgesteld'.¹⁸⁷

Bovendien kon een verlaging van het prijsplafond tot prikkels voor individuele ziekenhuizen en specialisten gaan leiden om daarop te anticiperen door het extra opvoeren van de productie. Er zou dan mogelijk een spiraal van extra productie en lagere prijzen kunnen ontstaan. Een dergelijke ontwikkeling zou hoogstwaarschijnlijk niet alleen tot overproductie leiden maar zou op termijn ook politiek onhoudbaar zijn. Bovendien was de kritiek dat de kwaliteit niet goed te meten was en daarmee dus ook de efficiency.¹⁸⁸

De ontwikkelde vorm van maatstafconcurrentie, met als essentieel onderdeel de koppeling aan een macrobudgettair kader, heeft veel kritiek gekregen. De mogelijk negatieve prikkel tot overproductie die van dit systeem uit kan gaan staat haaks op het beoogde doel, waardoor ernstig getwijfeld moet worden aan de mogelijke effectiviteit.

3.6.3 Een nieuw prijsbeheersingsinstrument?

Inmiddels heeft de minister bij de Tweede Kamer aangekondigd dat hij werkt aan de ontwikkeling van een prijsbeheersingsinstrument.¹⁸⁹ De NZa heeft echter in de recente monitor ziekenhuiszorg 2009 geconcludeerd,¹⁹⁰ dat de veranderingen in de ziekenhuisbesteding een positief effect hebben op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. De prijzen in het vrije segment stegen minder hard dan in het deel van de ziekenhuiszorg waar vaste prijzen gelden. Tegelijkertijd constateert de NZa dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars er nog aan moeten wennen dat zij voor een groot deel van de markt ook over prijzen en de kwaliteit moeten onderhandelen. De onderhandelingen hierover voor 2009 waren in de lente van 2009 nog altijd niet afgerond¹⁹¹. Vanwege deze resultaten adviseert de NZa VWS haar beleid in 2010 niet te wijzigen, maar verder te bouwen aan prestatiebesteding. Een eventuele invoering van maximum prijzen zou de positieve

186 Zie Schut 2007.

187 Schut 2007.

188 Zie Douven et al. 2007, p.631-633.

189 Zie hiervoor onder meer: Handelingen II 2007-2008, 29 248, nrs. 50 en 52 en Brief Minister VWS aan NZa van 10 oktober 2008, kenmerk CZ/TSZ/2880625 en Advies NZa Prijsbeheersinginstrument, brief van 29 oktober 2008 aan minister VWS, kenmerk MVRN/thok/A/729/08000 37366.

190 NZa 2009b.

191 Dat heeft vooral te maken met de schoning van het A-segment en de introductie van kapitaallasten in de DBCs. Juridisch is dat voornog niet problematisch vanwege de doorloop van de contracten ook na de contractsdatum op grond van de redelijkheid en billijkheid en het feit dat ziekenhuizen eventueel rechtstreeks de zogenaamde pasanteprijzen bij patiënten in rekening zouden kunnen brengen.

effecten van het huidige systeem teniet doen en de effecten van prestatiebekostiging in 2011 negatief beïnvloeden, aldus de NZa.

Van belang is verder dat het CBS in een persbericht over de meest recente cijfers over 2008 meldt, dat in dat jaar de uitgaven aan de zorg, gezondheids- en welzijnzorg tezamen, 79 miljard euro, 6,2% meer bedroegen dan in 2007. In de periode 2004-2008 zijn de uitgaven aan zorg volgens het CBS steeds harder gaan groeien. Voor de ziekenhuiszorg is het CBS uitermate voorzichtig en algemeen. Voor de volume-ontwikkeling spreekt het CBS uit dat voor het B-segment en de afschaffing van de vaste vergoeding voor medisch specialisten **lijken** te hebben geleid tot een toename van het aantal geleverde zorgdiensten. Opvallend is dat het CBS bij de presentatie van de cijfers geen onderscheid maakt tussen de uitgaven aan ziekenhuiszorg en de uitgaven van de medisch specialisten, terwijl de NZa dat onderscheid wél maakt. Bovendien is het CBS wel erg voorzichtig met het trekken van de conclusie dat het aantal zorgdiensten zou zijn toegenomen. Daaruit zou kunnen worden afgeleid dat men ook zelf niet veel geloof hecht aan de eigen cijfers.

Uit: Persbericht Centraal Bureau voor de Statistiek 14 mei 2009

De uitgaven aan ziekenhuiszorg en specialistenpraktijken zijn in 2008 met 7,1 procent gestegen ten opzichte van 2007. De uitbreiding van het deel van de ziekenhuiszorg waarover vrij onderhandeld kan worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, het zogenoemde DBC-B segment, en de afschaffing van de vaste vergoeding voor medisch specialisten, de zogenoemde lumpsum, **lijken** (vet projectgroep) te hebben geleid tot een toename van het aantal geleverde zorgdiensten.

In deze situatie, waarin kennelijk nog wel enige onduidelijkheid is over de reële kostenontwikkelingen in de geliberaliseerde delen van de zorgmarkt, waarin zeker positieve ontwikkelingen zichtbaar lijken te zijn, is het de vraag of het verstandig is over te gaan tot het inzetten van een nieuw instrument van prijsbeheersing, met als risico dat daarmee ontwikkelingen die uiteindelijk leiden tot efficiënt werkende markten en daarmee een doelmatiger gezondheidszorg in de kiem worden gesmoord.

Samenvattend constateren we dat in gereguleerde delen van de zorg het instrumentarium voor het ingrijpen in tarieven om zo het macrobudget te kunnen bewaken voor handen is. In geliberaliseerde delen van de zorg zijn er knelpunten verbonden aan de toepassing van bezuinigingen op grond van macrobudgettaire overwegingen. Ingrijpen in de prijzen in een geliberaliseerde markt verzet zich enerzijds tegen het Verdrag, maar ook tegen de wens om de efficiency van geliberaliseerde markten te vergroten. Het te vroeg ingrijpen kan de prille ontwikkeling van geliberaliseerde markten in de kiem smoren. Te laat ingrijpen kan leiden tot grote overschrijdingen van het BKZ. Het beperken van ingrepen tot dat deel van de zorg dat nog niet geliberaliseerd is, leidt tot een onevenredig grote aanslag op dat deel van de zorg. Overige maatregelen als het beperken van het basispakket of het verhogen van eigen bijdragen zijn ook niet zonder problemen.

3.7 Conclusies inzake effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium tot kostenbeheersing van de Wmg

De Wmg kent diverse instrumenten om kostenbeheersing te bewerkstelligen. Deze instrumenten moeten met elkaar in samenhang worden gezien. Het instrumentarium van de Wmg is breed en deels toepasbaar op deelmarkten waarin regulering voorop staat en deels toepasbaar in meer geliberaliseerde delen van de gezondheidszorg.

Tariefregulering gebeurt door de NZa, aan de hand van door haar opgestelde beleidsregels en voor zover aan de orde na een daartoe strekkende aanwijzing van de minister van VWS.

Die beleidsregels van de NZa kunnen diverse vormen van tariefregulering en prestatiebeschrijvingen inhouden, variërend van vrij onderhandelbare tarieven tot strikte tariefregulering. Tariefmaatregelen kunnen ook op grond van de Wmg op macrobudgettaire overwegingen zijn gebaseerd.

De verhouding tussen kostenbeheersingsmaatregelen op basis van de Wmg in relatie tot de regeling van de aanspraken op zorg op basis van de AWBZ en de Zvw kan spanningen opleveren. Echter de rechter laat de overheid enige ruimte om op basis van macrobudgettaire overwegingen beperkingen op het recht op zorg vast te stellen.

Op basis van de rechtspraak van het Europese Hof kan worden beargumenteerd dat de kans groot zou zijn dat het Hof tariefvoorschriften voor het A-segment en wat betreft de honorariumcomponent ook voor het B-segment, in principe strijdig zou kunnen oordelen met het vrij verkeer van diensten en de vrije vestiging. Wel bestaan er goede argumenten voor een mogelijke rechtvaardiging van die strijdigheid voor de huidige tariefstructuur. Daarvoor is van groot belang dat zeer zorgvuldig moet worden nagegaan of bepaalde prestaties die nu nog in het gereguleerde A-segment zijn ondergebracht niet naar het vrij onderhandelbare B-segment kunnen worden overgeheveld. Een eventuele terugkeer naar regulering, door bijvoorbeeld prestaties uit het B-segment terug te plaatsen naar het A-segment, vereist overigens een nadrukkelijke onderbouwing, waarbij wordt aangetoond dat wordt voldaan aan de vier voorwaarden waaronder het gerechtvaardigd is om de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te belemmeren. Deze voorwaarden zijn dat de terugkeer zonder discriminatie moet worden toegepast, beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder mogen gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.¹⁹² Terugkeer vraagt dus om een nadrukkelijke en gedocumenteerde onderbouwing.

Een probleem bij de beoordeling van de kostenontwikkeling in het B-segment in de ziekenhuizen is dat er nog onduidelijkheid bestaat over de reële kostenontwikkelingen. Er worden weliswaar positieve ontwikkelingen gesignaleerd, maar een eenduidig inzicht in de ontwikkelingen ontbreekt. Het is dan ook bijzonder lastig om op dit punt tot een onderbouwde beslissing te komen of nu moet worden ingegrepen in de kostenontwikkeling of dat er ruimte geboden moet worden aan de zich ontwikkelende markten. Enerzijds zouden de positieve signalen aanleiding moeten zijn tot een 'handen af' beleid, waardoor betrokken partijen de ruimte krijgen te werken aan verdere

192 Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

ontwikkeling van dit geliberaliseerde deel van de zorgmarkt. Anderzijds rust er ook een verantwoordelijkheid bij de overheid om de totale uitgaven te beheersen en zou vanuit deze verantwoordelijk gekozen kunnen worden voor een vorm van kostenbeheersing, maar dan alleen wanneer in de deelsector na een aantal jaren blijkt dat effectieve concurrentie onvoldoende van de grond komt en resulteert in een excessieve groei van de betreffende zorguitgaven.

Net als bij de ziekenhuizen is ook bij de fysiotherapie begin 2005 gestart met de invoering van een experiment met vrije prijsvorming. Na monitoring door de NZa verlengde de minister het aanvankelijk tweejarige experiment met nog een jaar. Ook hier deden zich aanvankelijk problemen voor. Na een aanvankelijk sterke stijging van de contractprijzen stabiliseerden die zich waardoor, volgens de NZa, de betaalbaarheid geborgd bleef. Dat leidde er toe dat op 1 januari 2008 vrije marktprijzen voor fysiotherapie zijn ingevoerd. Uit de meest recente cijfers van het CBS blijkt dat de laatste jaren sprake is van een toename van het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut. De oorzaak achter deze stijging is niet duidelijk. Vooral opmerkelijk is ook het achterwege blijven van een analyse door de NZa van deze ontwikkelingen. Bij een dergelijk unieke situatie, het eerste voorbeeld waarbij de prijsvorming in een markt werd vrijgegeven onder de relatief gunstige conditie van een overaanbod van zorgaanbieders, zou verwacht mogen worden dat de vinger aan de pols wordt gehouden, om na te gaan hoe de kosten en volume zich ontwikkelen en of hier inderdaad sprake is van een steeds efficiënter werkende markt en of daarmee inderdaad wordt bijgedragen aan de publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Door het ontbreken van een dergelijke analyse is het niet goed mogelijk om vast te stellen of de ontwikkelingen rond fysiotherapie zijn zoals gewenst en wordt de kans gemist om uit deze situatie lering te trekken.

Het spanningsveld tussen het bewaken van een macrobudget enerzijds en het opgang brengen van markten anderzijds. Dit spanningsveld komt voort uit de wens om voor iedereen zo goed mogelijke zorg te kunnen leveren tegenover de wens om op macroniveau de kosten te beheersen. In gereguleerde delen van de zorg is het instrumentarium voor het ingrijpen in tarieven om zo het macrobudget te kunnen bewaken voor handen, zoals ook geïllustreerd wordt in de casus rond orthodontie. In geliberaliseerde delen van de zorg zijn er knelpunten verbonden aan de toepassing van bezuinigingen op grond van macrobudgettaire overwegingen. Ingrijpen in de prijzen in een geliberaliseerde markt verzet zich enerzijds tegen het EG Verdrag, maar ook tegen de wens om de efficiency van geliberaliseerde markten te vergroten. Het te vroeg ingrijpen kan de prille ontwikkeling van geliberaliseerde markten in de kiem smoren. Te laat ingrijpen kan leiden tot overschrijdingen van het BKZ en kan leiden tot een afwenteling van bezuinigingsmaatregelen op het (nog) niet geliberaliseerde deel van de zorg. Overige maatregelen om structurele overschrijdingen van het BKZ tegen te gaan - zoals het beperken van het basispakket of het verhogen van eigen bijdragen - zijn ook niet zonder problemen.

3.8 Oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde knelpunten

Met het toepassen van tariefmaatregelen in gereguleerde delen van de zorg is al ruime ervaring opgedaan. De nadelen, zoals het ontstaan van wachtlijsten, waren aanleiding om te zoeken naar nieuwe mogelijkheden. Met de introductie van de Zorgverzekeringswet is gekozen voor de introductie

van gereguleerde concurrentie, naast volledige regulering, als oplossingsrichting voor de problemen die samenhangen met de kostenbeheersing in volledig gereguleerde delen van de zorg.

In dit hoofdstuk zijn we dieper ingegaan op de toepassing van instrumenten voor kostenbeheersing in de geliberaliseerde delen van de gezondheidszorg. Met de introductie van gereguleerde concurrentie wordt ondermeer beoogd te komen tot een efficiënter zorgaanbod: de kosten voor individuele zorgprestaties zouden hierdoor lager kunnen worden. Echter door het toepassen van een vorm van prijsbeheersing in een geliberaliseerde markt op grond van macrokostenoverwegingen zou dit proces gefrustreerd kunnen worden.

De meest voor de hand liggende oplossingsrichting is dan ook het achterwege laten van maatregelen voor prijsbeheersing op grond van macrokostenoverwegingen. Echter dit kan ertoe leiden dat als de zorgkosten in het geliberaliseerde segment harder stijgen dan begroot (bijvoorbeeld doordat meer zorg van hogere kwaliteit wordt geleverd), de stijgende uitgaven worden afgewenteld op het gereguleerde segment, teneinde binnen het BKZ te blijven. Om een dergelijke afwenteling te voorkomen zou het geliberaliseerde deel buiten het BKZ geplaatst moeten worden. Teneinde de markt een reële kans te geven zou voorts de reguleringszekerheid moeten worden geboden dat in sectoren waarin de prijzen vrijgegeven zijn gedurende een aantal (bijvoorbeeld 3) jaren geen prijsinterventies plaatsvinden. Wanneer na afloop van die periode blijkt dat de markt niet goed werkt (en binnen afzienbare tijd niet goed kan werken) en er sprake is van een onevenredige kostenstijging, dan zou alsnog tot prijsmaatregelen kunnen worden besloten en zou de betreffende sector weer onder het BKZ kunnen worden gebracht.

In ieder geval is het van groot belang dat de NZa in alle inmiddels geliberaliseerde deelmarkten de prijs- én volume-ontwikkelingen intensief blijft monitoren. Thans gebeurt dat wel bij de ziekenhuizen (B-segment) maar niet bij fysiotherapie. Slechts bij intensieve monitoring is het mogelijk om vast te stellen in welke mate sprake is van het ontstaan van efficiënte markten, en inzicht in de vraag in hoeverre deze markten inderdaad bijdragen aan de publieke belangen. Pas dan kan lering worden getrokken uit deze ontwikkelingen voor andere nog te liberaliseren markten.

Een goede monitoring is ook van belang omdat een terugkeer van geliberaliseerde prijzen naar prijsregulering, Europeesrechtelijk niet eenvoudig is te realiseren en een goed onderbouwde rechtvaardigingsgrond zou vereisen.

Tenslotte valt te overwegen om zorgverzekeraars, respectievelijk zorgkantoren, een grotere verantwoordelijkheid te geven in de bewaking van de kostenontwikkeling. Het zijn de zorgverzekeraars en de zorgkantoren die onderhandelen over prijzen en volumes. In die onderhandelingen zouden verzekeraars en zorgkantoren een groter belang moeten gaan krijgen bij het bewaken van de totale kostenontwikkeling. Dit mechanisme zou meer maatwerk kunnen opleveren dan de meer generieke maatregelen die een overheid ter beschikking staan.