

32 393 Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. XXXXX

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 mei 2012 inzake **Toepassing instrument beschikbaarheidsbijdrage WMG (32 393, nr. 15)**.

De op 15 juni 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
- II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorgenomen wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging. Deze leden hebben hierover enkele vragen.

Kan de minister toelichten hoe vaak de noodzaak van beschikbaarheid opnieuw wordt gezien? Wat zijn hiervoor de criteria en wie initieert deze herziening? Met betrekking tot de onderliggende kostenberekening vragen deze leden of alleen wordt uitgegaan van geraamde kosten? Is overwogen om de beschikbaarheidsbijdrage in de vorm van een voorschot te verstrekken waarna een afrekening volgt? Kan de minister toelichten waarom hier niet voor is gekozen? Kan zij tevens aangeven hoe vaak en naar aanleiding waarvan de onderliggende kostenberekening zal worden herzien?

De leden van de PvdA-fractie vragen zich met betrekking tot de bevoegdheidsverdeling af wat wordt bedoeld met de formulering dat “tussenkomen van de minister is onderworpen aan die gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen worden gemaakt”(p.7)? Kan worden toegelicht wanneer sprake is van dergelijke gevallen? Zijn hiertoe criteria opgesteld door het ministerie dan wel de zorgautoriteit of besluit de minister hierover van geval tot geval? Tevens vragen deze leden waarom er voor is gekozen om de minister niet de bevoegdheid te geven om de zorgautoriteit te verplichten om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen? Waarom is er niet voor gekozen om, indien de minister dan wel de Kamer de mening is toegedaan dat een bepaalde vorm van zorg die voldoet aan de criteria voor een beschikbaarheidsbijdrage noodzakelijk is, de minister en de Kamer ook moeten kunnen besluiten deze via een beschikbaarheidsbijdrage wordt aangeboden?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de diverse besluiten voor beschikbaarheidsbijdrage voor het jaar 2013. In de meeste gevallen is het mogelijk via de interactie tussen zorgverzekeraars, verzekerden en aanbieders tot een goede toedeling van zorg te komen. Echter, er zijn vormen van zorg waarvan de kwaliteit, de toegankelijkheid en betaalbaarheid niet op die manier geborgd is. Zo heeft de overheid bijvoorbeeld nadrukkelijk de taak om de continuïteit van zorg te waarborgen of de toegang binnen 45 minuten tot een Spoedeisende Eerste Hulp. Hiervoor is de beschikbaarheidsbijdrage. De leden van de CDA-fractie steunen dit uitgangspunt en hebben bij de verschillende besluiten reeds enkele vragen gesteld.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister waarin zij een toelichting geeft op de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage. In deze brief worden drie situaties genoemd waarin beschikbaarheidsbijdragen kunnen worden toegepast. De eerste situatie betreft vormen van zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties

niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden. Genoemde leden verzoeken de minister om ter verduidelijking een aantal concrete voorbeelden van dergelijke situaties te noemen en hierbij toe te lichten waarom de kosten niet in rekening zijn te brengen.

Een tweede genoemde situatie waarin beschikbaarheidsbijdragen van toepassing zijn, treedt op wanneer toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken. Deze leden vragen de minister toe te lichten hoe de markt in de zorg idealiter zou moeten werken en op welke wijze deze marktwerking verstoord zou worden. Zij verzoeken de minister hierbij ter verduidelijking enkele concrete voorbeelden te noemen en uit te leggen hoe in deze voorbeelden marktverstoring zou optreden indien toerekening naar tarieven zou plaatsvinden. De minister noemt het voorbeeld van een helikopter die eens per jaar vliegt. De zorgverzekeraar die de desbetreffende patiënt heeft verzekerd, zou dan opdraaien voor alle kosten. Deze leden vragen of hieruit niet de les geleerd kan worden dat zorgverzekeraars beter onder publieke verantwoordelijkheid kunnen vallen en of de zorgkosten niet beter collectief kunnen worden gedragen.

Ten derde komen volgens de minister vormen van zorg die niet op andere wijze kunnen worden bekostigd in aanmerking voor beschikbaarheidsbijdragen. De leden van de SP-fractie vragen wederom om concrete voorbeelden van zorgvormen die aan dit criterium voldoen. Daarnaast vragen genoemde leden om de verschillende mogelijke vormen van financiering op een rij te zetten en bij elk van deze mogelijkheden te beargumenteren waarom in het geval van de eerder genoemde voorbeelden van zorgvormen deze financiering niet van toepassing kan zijn.

Genoemde leden vragen de minister of de inzet van beschikbaarheidsbijdragen als uitzondering op zorgvormen die aan de markt worden overgelaten geen omslachtige werkwijze is, gelet op het steeds opnieuw moeten beoordelen welke zorg in aanmerking komt en in welke vorm en omvang deze bijdrage geleverd wordt. Kan dit hele circus niet worden vereenvoudigd indien de overheid de hele zorg als publieke verantwoordelijkheid ziet en de hele zorg vrijwaart van marktwerking?

De minister schrijft dat de overheid eindverantwoordelijk blijft voor een aantal vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. De leden van de SP-fractie vragen of het niet zo is dat de overheid, los van de gekozen ordening van het zorgstelsel, voor de hele gezondheidszorg eindverantwoordelijk is en blijft. Zij verwijzen hierbij onder meer naar de plicht die voortvloeit uit artikel 22 van de Grondwet. Ook op grond hiervan vragen zij of het niet omslachtig is om datgene waar de overheid te allen tijde eindverantwoordelijk voor draagt, op afstand te zetten en hierop vervolgens weer ingewikkelde uitzonderingen te creëren zoals het systeem van beschikbaarheidsbijdragen.

De minister schrijft dat staatssteun voor diensten van algemeen economisch belang verenigbaar is met de interne Europese markt. Genoemde leden verzoeken de minister nog eens toe te lichten op basis waarvan wordt bepaald welke zorgvormen als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) of dienst van algemeen belang (DAB) worden aangemerkt. Zou niet de hele gezondheidszorg een DAEB dan wel DAB kunnen zijn? De minister en de zorgautoriteit hebben immers de bevoegdheid om zorgaanbieders te belasten met een DAEB of DAB. Zij vragen de minister tevens toe te lichten hoe een en ander zich verhoudt tot de rol van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de gezondheidszorg.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie waarom de minister de zorgautoriteit niet kan verplichten om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen of deze een bepaalde omvang te geven. Is hier geen sprake van een democratisch tekort, aangezien de minister in tegenstelling tot een zorgautoriteit verantwoording schuldig is aan de gekozen volksvertegenwoordiging?

Indien een Kamermeerderheid een bepaalde zorgvoorziening waarvan het voortbestaan in het geding is, wil behouden, hoe kan de democratie dan haar werk doen?

II. Reactie van de minister

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd om toe te lichten hoe vaak de noodzaak van beschikbaarheid opnieuw wordt gezien, wat hiervoor de criteria zijn en wie initieert. De vormen van zorg waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage geldt, worden aangewezen bij algemene maatregel van bestuur (verder: amvb). Of en wanneer de beschikbaarheidsbijdrage opnieuw wordt gezien, kan afhangen van politieke en beleidsmatige keuze, zoals bijvoorbeeld de invoering van een ander bekostigingssysteem in de medisch specialistische zorg of in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Ook kunnen signalen komen vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: zorgautoriteit) dan wel veldpartijen die aanleiding kunnen vormen om te toetsen of een vorm van zorg in aanmerking moet komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Kort gezegd bepaalt de minister in samenspraak met het parlement het beleid. Uiteraard dienen potentiële vormen van zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage te worden getoetst aan de hand van het beoordelingskader als vermeld in paragraaf 8 van de brief. Bij positieve toetsing wordt de vorm van zorg aangewezen bij amvb.

Met betrekking tot de onderliggende kostenberekening vragen de leden van de PvdA-fractie of alleen wordt uitgegaan van geraamde kosten.

Voor de kostenberekening geldt als uitgangspunt dat de parameters op basis waarvan de zorgautoriteit de bijdrage berekent vooraf op objectieve en doorzichtige wijze zijn vastgesteld. Bovendien mag de bijdrage die de zorgautoriteit vaststelt niet hoger zijn dan nodig is om de kosten van de uitvoering te dekken, rekening houdend met de opbrengsten en met een redelijk rendement vanwege die activiteit of voorziening. Bij de berekening van de beschikbaarheidsbijdrage door de zorgautoriteit wordt veelal gebruik gemaakt van normatieve kosten en normatieve opbrengsten. Deze systematiek is in de gezondheidszorg heel gebruikelijk en heeft de instemming van de Europese Commissie.

De leden van deze fractie hebben verder gevraagd of is overwogen om de beschikbaarheidsbijdrage in de vorm van een voorschot te verstrekken waarna een afrekening volgt en of kan worden toegelicht waarom hier niet voor is gekozen.

De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. In de praktijk betekent dit dat de zorgautoriteit voorafgaand aan het jaar een zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage verleent. Bij die verleningsbeschikking kan de zorgautoriteit bepalen dat er sprake is van bevoorschotting. Na afloop van het jaar wordt de beschikbaarheidsbijdrage door de zorgautoriteit vastgesteld. Dit is de definitieve afrekening. In 2012 heeft de zorgautoriteit bij de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage aan ziekenhuizen ook bepaald dat de zorgaanbieder recht heeft op een maandelijks voorschot. De definitieve afrekening met die ziekenhuizen volgt na afloop van het jaar waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is verstrekt.

Tot slot hebben de leden van de PvdA-fractie gevraagd hoe vaak en naar aanleiding waarvan de onderliggende kostenberekening zal worden herzien.

Op grond van Europese (staatsteun)regels mag geen overcompensatie plaatsvinden. Uit informeel overleg bij de Europese Commissie is gebleken dat dit ook betekent dat de parameters op grond waarvan de beschikbaarheidsbijdrage wordt bepaald regelmatig moeten worden herijkt ter vermijding van het risico op overcompensatie.

De leden van de PvdA-fractie stelden vragen over de bevoegdheidsverdeling tussen de minister en de zorgautoriteit. Aan de tussenkomst (goedkeuring) van de minister zijn onderworpen die gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen worden gemaakt. In de amvb op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) betreffende de beschikbaarheidsbijdrage zal een verdeling worden opgenomen tussen de “standaardsituaties” waarin de zorgautoriteit zonder toestemming van de minister de beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen en de bijzondere situaties waarin de minister toestemming moet geven. Bij de standaardsituaties moet worden gedacht aan de situaties die zijn omschreven in de voorhangbrieven betreffende de beschikbaarheidsbijdrage voor curatieve zorg, medische vervolgoopleidingen en curatieve geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nrs. 16, 17 en 18). Bij de bijzondere situaties moet worden gedacht aan ad hoc beslissingen in verband met continuïteit van zorg zoals bedoeld in de voorhangbrief terzake (Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nr. 19). Na melding van de zorgautoriteit dat een zorgverzekeraar/zorgkantoor overmacht om aan zijn zorgplicht te voldoen heeft aangetoond, zal van overheidswege een vangnetstichting worden opgericht met het oog op de continuïteit van cruciale zorg. Alvorens de beschikbaarheidsbijdrage door de zorgautoriteit feitelijk kan worden toegekend, is toestemming van de minister noodzakelijk. Dit biedt mij de mogelijkheid om de daadwerkelijke oprichting van de vangnetstichting te melden bij het parlement.

Voor het geval de Kamer van mening is dat een bepaalde vorm van zorg in aanmerking komt voor een beschikbaarheidsbijdrage staan daarvoor de normale parlementaire wegen open om dat met de verantwoordelijke bewindspersoon te bespreken of om daartoe moties in te dienen. Op deze wijze is naast de mogelijkheid van een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp ook de mogelijkheid voor een beschikbaarheidsbijdrage voor acute verloskunde tot stand gekomen. Overigens wordt de Kamer altijd per voorhangbrief op de hoogte gesteld van het voornemen voor bepaalde vormen van zorg een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk te maken.

Tenslotte zij opgemerkt dat de Zorgverzekeringswet en de AWBZ niet voorzien in de mogelijkheid dat de minister rechtstreeks ten laste van het Zorgverzekeringsfonds dan wel het Algemeen Fonds uitkeringen kan doen. Uit oogpunt van financieel beheer en toezicht is het ook niet wenselijk naast het College voor zorgverzekeringen een tweede kassier te hebben. Daarenboven zou zich dan het in de parlementaire stukken van de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG geschetste probleem gaan voordoen dat enerzijds de zorgautoriteit de tariefstelling beoordeelt en anderzijds de minister de aanvulling met een beschikbaarheidsbijdrage moet beoordelen. Dat zou dubbele expertise vragen over de exploitatie van zorg en dubbele bezwaar- en beroepsprocedures op kunnen leveren. Dat zou onnodig veel afstemming vergen. Daarom is gekozen om de beoordeling of een aanvulling in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage nodig is bij de zorgautoriteit te laten.

De leden van de CDA-fractie ondersteunen de voornemens met betrekking tot de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage. De bij de onderscheiden voorhangbrieven gestelde vragen zullen bij de desbetreffende schriftelijke overleggen worden beantwoord.

De leden van de SP-fractie hebben vragen gesteld met betrekking tot de criteria voor toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage en gevraagd naar concrete voorbeelden. Daarbij blijkt dat de samenhang tussen de criteria moet worden verduidelijkt. Met ingang van 2012 bevat de WMG het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Deze

beschikbaarheidsbijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktversturend zou werken, en
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.

De gekozen formulering (zie benadrukkende onderstrepingen in de tekst) maakt dat het “aanvullend” criterium onder c. cumulatief van toepassing is in aanvulling op de criteria onder a. en b.

Bij marktverstoring moet worden gedacht aan het moeten versleutelen van kosten van beschikbaar te houden vormen van zorg die niet worden gedekt door opbrengsten uit in rekening te brengen tarieven voor geleverde prestaties voor die zorg in tarieven voor andere vormen van zorg. Die laatste tarieven dienen dan niet alleen om de kosten van die zorg te dekken, maar ook om de niet rendabele zorg te bekostigen. De tarieven dreigen daarmee zo hoog te worden dat een andere zorgaanbieder die geen onrendabele vorm van zorg beschikbaar houdt lagere tarieven in rekening kan brengen. Daarmee kan er een ongewenst verschil ontstaan tussen een zorgaanbieder die belast is met het beschikbaar hebben van een vorm van zorg en de zorgaanbieder die daarmee niet is belast. Met de beschikbaarheidsbijdrage kan dat ongewenste verschil worden gecompenseerd. Van een ideale situatie is sprake als de opbrengsten uit de in rekening gebrachte tarieven voor geleverde zorg voldoende is om de kosten van die zorg redelijkerwijs te dekken. Waar voor vormen van zorg tarieven in rekening kunnen worden gebracht, moet bij de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage met die opbrengst rekening worden gehouden. Zie daarvoor bijvoorbeeld SEH en acute verloskunde in de voorhangbrief betreffende de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage voor curatieve zorg (Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nr. 16).

Voor enkele concrete voorbeelden bij de toepassing van de criteria a. en c. verwijs ik naar de voorhangbrief betreffende de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage voor curatieve zorg en dan met name postmortem orgaanuitname bij donoren, calamiteitenshospitaal en traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen.

Voor enkele concrete voorbeelden bij de toepassing van de criteria b. en c. verwijs ik naar de voorhangbrief betreffende de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage voor curatieve zorg en dan met name academische zorg, SEH en acute verloskunde en de voorhangbrief betreffende de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen (Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nr. 17).

Uit het voorbeeld van een helikopter die eens per jaar vliegt en de verzekeraar die dan de volledige kosten van het beschikbaar hebben van die vorm van vervoer voor een medisch mobiel team zou moeten dragen, kan ik niet in zijn algemeenheid afleiden dat de zorgverzekeraars beter onder publieke verantwoordelijkheid kunnen vallen of dat de zorgkosten niet beter collectief kunnen worden gedragen. We hebben in Nederland een collectief verzekeringssysteem gekozen om de zorg te reguleren en te bekostigen op basis van solidariteit, waarbij de verzekeraars onder toezicht staan van de DNB, AFM en zorgautoriteit. Dat perspectief heb ik ook opgenomen in de brief die de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage nader toelicht. Vanuit dat perspectief dient ook de inzet van het instrument te worden beschouwd. De inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage is een

aanvulling op het gekozen verzekeringssysteem en beschouw ik niet als uitzondering om de kosten van zorg niet door middel van tarieven voor geleverde prestaties in rekening te brengen aan de verzekerde of diens verzekeraar. Met het instrument kunnen noodzakelijke vormen van zorg voor de bevolking beschikbaar worden gehouden. Gelet op het bovenbedoelde wettelijk verankerde systeem waarmee alle noodzakelijke zorg kan worden bekostigd, zie ik geen reden om voor andere vormen van financiering te kiezen. Daarmee wordt voldaan aan de opdracht die de Grondwet ons stelt. Van een democratisch tekort is hier geen sprake. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is politiek verantwoordelijk voor de zorgautoriteit.

De leden van de SP-fractie stelden vragen over de aanwijzing en reikwijdte van diensten van algemeen (economisch) belang en naar de rol van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Het feit dat de gezondheidszorg een belangrijke positie inneemt in onze maatschappij, betekent niet dat zij belast zijn of kunnen worden met een dienst van algemeen economisch belang. Diensten van algemeen economisch belang zijn diensten die zonder overheidsingrijpen niet goed van de grond komen. Het gaat om diensten die niet zonder meer worden aangeboden, bijvoorbeeld omdat ze niet rendabel zijn. Dit doet zich bij de algemene gezondheidszorg niet voor, want curatieve zorg bestaat in Nederland al vele jaren voor de patiënten zonder dat de verleners van gezondheidszorg wettelijk belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang. Een dienst van algemeen economisch belang wordt gekenmerkt doordat iets:

1. een economische activiteit is
2. die is opgedragen aan een bepaalde onderneming,
3. die die opgedragen activiteit op een bepaalde voorgeschreven wijze verricht
4. waarin de markt niet voorziet.

In ruil daarvoor mag de overheid de kosten van die activiteit compenseren. Dit vormt dan geen staatssteun. De mededingingsregels zijn wel van toepassing.

Wat betreft de verhouding tussen een DA(E)B en de NMa geldt dat op diensten van algemeen economisch belang de Mededingingswet nog steeds van toepassing is. Het aanwijzen van een dienst van algemeen (economisch) belang is alleen aan de orde als de overheid staatssteun of een exclusief recht wenst te verlenen. Voor het uitoefenen van dat exclusieve recht mag dan waar dit noodzakelijk is, worden samengewerkt. De NMa hier blijft als toezichthouder toezicht op houden.

Voor de antwoorden op de vragen over de bevoegdheid van de minister inzake de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage en de rol van het parlement bij het beschikbaar houden van een bepaalde vorm van zorg verwijs ik naar mijn antwoorden terzake op de vragen van de PvdA-fractie.

Rest nog te vermelden dat in het schema op pagina 10 van de brief inzake de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage abusievelijk de volgorde van de beoordelingspunten genummerd nummers 4 en 5 is verwisseld. Daarbij heeft de zetduivel ook de tekst bij 4 onvolledig weergegeven. Die dient te luiden: "4. Is voorzien in financiering via tarief/prestatie?" . In de na het schema volgende verklarende tekst is de goede volgorde wel aangehouden.