

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.

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 de **beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg (Kamerstuk 32 393, nr. 19)**.

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

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

blz.

- 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 inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage in het kader van continuïteit van zorg. Deze leden hebben hierover enkele opmerkingen.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de minister ervoor heeft gekozen dit instrument al in 2013 in te zetten. Voorlopig is er immers nog sprake van een transitiefase waarbij er op dit moment nog geen sprake is van een eenduidig financieringsstelsel, waarbij het stelsel van declaraties nog niet in orde is en waarbij er nog veel problemen zijn rondom het afsluiten van contracten tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Vooral dit laatste, zo merken deze leden op, is er de oorzaak van dat veel ziekenhuizen in liquiditeitsproblemen komen of dreigen te komen. Kan de minister aangeven waarom er in het licht van bovenstaande niet voor wordt gekozen deze maatregel later in te voeren? Kan de minister tevens aangeven hoe hoog de beschikbaarheidspremie in voorkomende gevallen bij benadering zal zijn?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister over de beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg. Zij hebben daarover enkele vragen.

In geval van een faillissement van een zorgaanbieder kan het verlenen van cruciale zorg onder druk komen te staan. Een vangnetstichting zal tijdelijk de kosten van de zorgactiviteiten overnemen van een failliete zorgaanbieder onder voorwaarden. Op welke moment wordt de vangnetstichting opgericht en hoe is de verhouding tot de curator?

In het besluit staan allerlei kosten opgesomd, ook kosten voor achterstallig onderhoud. Kan de minister aangeven om welke kosten dit precies gaat? In welke mate wordt het achterstallig onderhoud precies bekostigd? Is daaraan een limiet verbonden, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De vangnetstichting moet zich tot de reguliere kanalen (banken of andere financiers) wenden. De vangnetstichting is een tijdelijke stichting: waarom zouden banken daaraan leningen verstrekken?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de inzet van beschikbaarheidsbijdragen voor het waarborgen van cruciale zorg. De brief geeft aanleiding tot enkele vragen.

De leden van de SP-fractie constateren een inconsistentie in het beleid ten aanzien van cruciale zorg. Door de aan introductie van marktwerking verbonden vergroting van risicodragendheid wordt bewust het risico op faillissementen en continuïteitsproblemen vergroot. De minister meent dat door deze ‘survival of the fittest’ de beste zorginstellingen zullen overleven waardoor de beste zorg tegen de scherpste prijs overblijft. Genoemde leden wijzen deze primitieve benadering van de zorg af. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de vrijheid gekregen om vanuit hun bedrijfseconomische belangen instellingen en afdelingen voor acute zorg, zoals verloskunde en spoedeisende eerste hulp, af te breken. Deze leden vragen de minister om toe te lichten hoe het bewust verkleinen van de overlevingskans van zorginstellingen zich verhoudt tot de wens om cruciale zorg te waarborgen door middel van een beschikbaarheidsbijdrage. Hier wordt naar het oordeel van de leden van de SP-fractie het kalf (continuïteit van zorg) in de put geworpen waarna deze put na verdrinking van dit kalf gedempt wordt. Deze leden vragen de minister waarom het waarborgen van continuïteit van cruciale zorg pas een verantwoordelijkheid van de overheid wordt bij een faillissement. Is voorkomen niet beter dan genezen?

De leden van de SP-fractie vragen waarom een afdeling verloskunde die ruim op tijd aangeeft vanwege financiële redenen niet de kwaliteit van zorg in de toekomst te kunnen waarborgen, wordt afgebroken door zorgverzekeraars, terwijl de overheid bijspringt wanneer deze acuut failliet dreigt te gaan. Deze leden vragen om een uitgebreide verheldering van deze curieuze gang van zaken.

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie om een overzicht van de sancties die kunnen worden opgelegd aan zorgverzekeraars die onvoldoende aan hun zorgplicht voldoen wanneer een zorgaanbieder failliet gaat en niet tijdig de Nederlandse Zorgautoriteit (Zorgautoriteit) hiervan verwittigen.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom ervoor gekozen is om het instrument al in 2013 in te zetten, gegeven de huidige transitiefase waarbij nog geen sprake is van een eenduidig financieringssysteem, waarbij het systeem van declaraties nog niet in orde is en er problemen zijn bij het sluiten van contracten tussen ziekenhuizen en verzekeraars, waardoor veel ziekenhuizen in liquiditeitsproblemen komen of dreigen te komen. Kan de minister aangeven waarom er in het licht van bovenstaande niet voor wordt gekozen deze maatregel later in te voeren?

De bekostiging van de vangnetstichting via een beschikbaarheidsbijdrage is een gevolg van de beleidslijn zoals uiteen is gezet in de brief “Waarborgen voor continuïteit van zorg”¹ die, met instemming van uw Kamer, is ingezet. De vigerende beleidsregel steunverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: zorgautoriteit), waarbij de zorgautoriteit de mogelijkheid heeft om, onder voorwaarden, financiële steun aan zorgaanbieders te verlenen, past niet meer bij deze veranderende beleidslijn. De inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor continuïteit van zorg in 2013 is daarmee geen inhoudelijke koerswijziging, maar de technische uitwerking van het ingezette beleid. Daarbij komt dat steunverlening via een tijdelijke verhoging

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10

van de tarieven zoals nu plaatsvindt via de beleidsregel van de zorgautoriteit, afhankelijk is van de bereidheid van verzekeraars om bij de vangnetstichting zorg tegen een hogere prijs in te kopen. De keuze voor het instrument beschikbaarheidsbijdrage betekent dat de meerkosten van de vangnetstichting direct ten laste van het Zorgverzekeringsfonds of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten kunnen worden gebracht. Daarmee is de beschikbaarheid van cruciale zorg beter gewaarborgd.

De kennelijke veronderstelling van de leden van de PvdA-fractie dat ziekenhuizen met (dreigende) liquiditeitsproblemen nu wel in aanmerking zouden komen voor steunverlening door de zorgautoriteit berust op een misverstand. Steun kan ook nu alleen aan de orde zijn als de zorgaanbieder op korte termijn dusdanige financiële problemen kent dat zij de continuïteit van de cruciale zorg die zij levert niet langer kan garanderen. Bij de beoordeling van de financiële positie van de zorgaanbieder door de zorgautoriteit wordt de vermogenspositie beoordeeld. Hierbij wordt in ieder geval betrokken het eigen vermogen. Daarnaast wordt de positie ten aanzien van de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit beoordeeld en wordt de prognose van de liquiditeitspositie in kaart gebracht. Ten aanzien van de contractering en de liquiditeit van ziekenhuizen verwijs ik verder naar de brief “Contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars” die ik op 5 april 2012² naar de Tweede Kamer heb gestuurd. In deze brief heb ik weergegeven hoe zorgverzekeraars omgaan met de betreffende onderwerpen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij bij ziekenhuizen waarmee nog onderhandeld wordt met het perspectief op het sluiten van een contract (en waardoor deze ziekenhuizen nog geen dbc’s over 2012 kunnen declareren), zullen voorkomen dat liquiditeitsproblemen ontstaan. Voor de ziekenhuizen waar geen zicht is op een contract, zal de dbc-productie die geleverd is in het eerste kwartaal van 2012 vergoed worden. De hoogte van de vergoeding dient te worden afgesproken in onderling overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Als er geen afspraken worden gemaakt brengt de zorgaanbieder passantentarieven in rekening bij de patiënt. De patiënt kan dit vervolgens declareren bij de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de polisvoorwaarden wordt hiervan een deel vergoed. Hiermee worden liquiditeitsproblemen voorkomen en is er geen gevaar voor de continuïteit van zorg, zoals de leden van de PvdA-fractie stellen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister tevens kan aangeven hoe hoog de beschikbaarheidspremie in voorkomende gevallen bij benadering zal zijn.

Een inschatting is niet te geven, aangezien het hier gaat om casuïstiek. Duidelijk is dat de beschikbaarheidsbijdrage voor continuïteit van cruciale zorg alleen geldt voor incidentele kosten die specifiek te maken hebben met het tijdelijk overnemen van zorgactiviteiten van een failliete zorgaanbieder (beredderingskosten) en die niet uit de reguliere tarieven kunnen worden betaald. De zorgautoriteit zal de kosten voor oprichting/notaris en (juridisch) advies in beginsel bepalen op basis van genormeerde (uur)tarieven. Voor achterstallig onderhoud dat op last van de IGZ of de brandweer direct moet worden verholpen, gaat de zorgautoriteit er in beginsel van uit dat deze kosten worden vergoed uit de reguliere tarieven (zoals bijvoorbeeld de normatieve huisvestingscomponent). Voor de beoordeling van eventuele meerkosten die nodig zijn, hanteert de zorgautoriteit een referentiekader wat aansluit bij de geldende normen zoals zijn ontwikkeld door TNO Zorg en Bouw.

² Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 229

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in geval van een faillissement van een zorgaanbieder het verlenen van cruciale zorg onder druk kan komen te staan. Een vangnetstichting zal tijdelijk de kosten van de zorgactiviteiten overnemen van een failliete zorgaanbieder onder voorwaarden. Deze leden vragen op welk moment de vangnetstichting wordt opgericht en hoe de verhouding is tot de curator.

De vangnetstichting wordt opgericht op het moment dat de zorgautoriteit aan mij meldt dat de zorgverzekeraar of het zorgkantoor een terecht beroep heeft gedaan op overmacht. Bij de oprichting van de vangnetstichting zal rekening worden gehouden met de vereisten in de Comptabiliteitswet. In deze wet is vastgelegd dat het oprichten van een stichting niet eerder zal plaatsvinden dan dertig dagen, nadat van het voornemen daartoe schriftelijke mededeling is gedaan aan de Staten-Generaal³. Het parlement kan via de voorhangprocedure invloed uitoefenen. Een dergelijke meldingsprocedure verhoudt zich niet tot de noodzaak van snelle zorgverlening.

Om ervoor te zorgen dat een vangnetstichting toch tijdig na faillissement kan worden opgericht, werk ik op dit moment aan het ontwerp van conceptstatuten voor een dergelijke vangnetstichting. Deze conceptstatuten zullen bij het parlement ter goedkeuring worden voorgehangen volgens de bovengenoemde procedure. Indien het parlement akkoord is met de conceptstatuten en zich een concrete overmachtsituatie voordoet, kan de overheid snel handelen en direct een vangnetstichting oprichten. Een aanvullende voorhangprocedure, inclusief een wachttijd van ten minste dertig dagen, is dan ongewenst gelet op de noodzaak tot snel handelen. In het geval daadwerkelijk een vangnetstichting wordt opgericht, zal ik dat uiteraard melden aan het parlement.

De vangnetstichting heeft geen bijzondere juridische positie ten opzichte van de curator en zal met de curator moeten onderhandelen over het overnemen uit de failliete boedel van datgene dat noodzakelijk is voor het verlenen van zorg. Voor de juridische kosten die dit met zich meebrengt, bestaat de mogelijkheid om een beroep te doen op de beschikbaarheidsbijdrage bij de zorgautoriteit.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in het besluit ook kosten voor achterstallig onderhoud staan opgesomd. Zij vragen of ik kan aangeven om welke kosten dit precies gaat en in welke mate het achterstallig onderhoud precies wordt bekostigd. Is daaraan een limiet verbonden?

Een vangnetstichting beschikt niet over een reserve. Uitgangspunt is dat als sprake is van achterstallig onderhoud dit tot uitdrukking moet komen in een lage huur of een lage overnameprijs voor het vastgoed. Voor incidentele kosten kan, indien deze niet kunnen worden vergoed uit de reguliere tarieven, een beroep worden gedaan op de beschikbaarheidsbijdrage. Wanneer de IGZ of de brandweer op bepaalde punten mankementen constateren die verantwoorde zorgverlening in de weg staan, dan moeten deze mankementen direct worden verholpen. De kosten verbonden aan het herstel van deze mankementen zijn de kosten voor achterstallig onderhoud die bedoeld worden. Het oordeel van de IGZ en/of de brandweer dat de verantwoorde en veilige zorg in gevaar komt als het achterstallig onderhoud niet wordt hersteld, is

³ Artikel 34, eerste lid, Comptabiliteitswet

een voorwaarde voor het toekennen van een bijdrage voor achterstallig onderhoud via de beschikbaarheidsbijdrage door de zorgautoriteit.

De zorgautoriteit gaat er in beginsel van uit dat kosten voor achterstallig onderhoud worden vergoed uit de reguliere integrale tarieven en dat de toestand van het vastgoed is meegenomen in de huur of overnameprijs. Voor de beoordeling van eventuele meerkosten die nodig zijn, hanteert de zorgautoriteit een referentiekader wat aansluit bij de geldende normen zoals zijn ontwikkeld door TNO Zorg en Bouw.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de vangnetstichting zich tot de reguliere kanalen (banken of andere financiers) moet wenden en vragen waarom banken leningen zouden verstrekken aan een tijdelijke stichting.

Een vangnetstichting wordt uitsluitend opgericht als dat met het oog op de verlening van bepaalde vormen van cruciale zorg noodzakelijk is. Er is geen andere zorgaanbieder beschikbaar om die cruciale zorg over te nemen. De verzekeraar is als gevolg van zijn zorgplicht wel genoodzaakt om voor zijn verzekerden bij deze vangnetaanbieder te contracteren. Er is immers geen andere zorgaanbieder voorhanden. Hierdoor is de financiering van de vangnetstichting gewaarborgd. Banken of andere financiers hebben daarmee de zekerheid dat de geleverde zorg wordt betaald via de reguliere tarieven en/of uit de beschikbaarheidsbijdrage zoals die voor bepaalde vormen van zorg, zoals spoedeisende hulp, wordt toegekend. Bovendien begint de vangnetstichting met een schone lei. De schulden van de gefailleerde aanbieder zijn immers achtergebleven bij het faillissement. Tot slot wil ik benadrukken dat de bemoeienis van de overheid met de vangnetstichting weliswaar tijdelijk is, maar dat het evident is dat de door de vangnetstichting geleverde zorg cruciaal is en geleverd moet blijven. Een bank heeft daarmee voldoende zekerheid dat zijn lening wordt terugbetaald.

De leden van de SP-fractie constateren een inconsistentie in het beleid ten aanzien van cruciale zorg en vragen om toe te lichten hoe het bewust verkleinen van de overlevingskansen van zorginstellingen zich verhoudt tot de wens om cruciale zorg te waarborgen door middel van een beschikbaarheidsbijdrage. De leden van de SP-fractie vragen verder waarom het waarborgen van continuïteit van cruciale zorg pas een verantwoordelijkheid van de overheid wordt bij een faillissement. Is voorkomen niet beter dan genezen.

De primaire verantwoordelijkheid voor het leveren van zorg, en dus ook voor cruciale zorg, ligt zoals gezegd bij zorgaanbieders en verzekeraars. Het ingezette beleid ten aanzien van continuïteit van cruciale zorg sluit hierbij aan. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden zo optimaal gestimuleerd om te zorgen voor een gezonde financiële positie. Zorgaanbieders hebben er zelf belang bij om een faillissement en daarmee discontinuïteit van zorg te voorkomen. Ook verzekeraars hebben, gelet op hun zorgplicht, binnen het zorgsysteem belang bij het waarborgen van de continuïteit van zorg. Om zorg waaraan hun verzekerden behoefte hebben te (laten) leveren moeten zij (behoudens situaties van overmacht) voldoende zorg inkopen. Ook wanneer een zorgaanbieder failliet is gegaan, moeten verzekeraars ervoor zorgen dat hun verzekerden zorg kunnen (blijven) ontvangen. Verzekeraars hebben er dus, anders dan de leden van de SP-fractie stellen, geen belang bij instellingen en afdelingen voor acute zorg af te breken. Een goede werking van het stelsel zorgt er juist voor dat continuïteitsproblemen worden voorkomen. Risicodragendheid dwingt zorgaanbieders en zorgverzekeraars om vooraf goed na te denken over hun keuzes, omdat de consequenties hiervan direct door hen worden gevoeld. Steunverlening aan

bestaande zorgaanbieders ondermijnt de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en verzekeraars en biedt een schijnzekerheid. Burgers betalen dan via de zorgpremies en belastingen voor keuzes die potentieel negatief uitpakken. De zorg kan daarmee juist duurder worden. In de uitzonderlijke situatie dat bij faillissement van een zorgaanbieder een zorgverzekeraar terecht een beroep doet op overmacht, heeft de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid ten aanzien van het waarborgen van de continuïteit van cruciale zorg. Dit omdat het zorg is waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijkse functioneren.

De leden van de SP-fractie vragen waarom een afdeling verloskunde die ruim op tijd aangeeft vanwege financiële redenen niet de kwaliteit van zorg in de toekomst te kunnen waarborgen, wordt afgebroken door zorgverzekeraars, terwijl de overheid bijspringt wanneer deze acuut failliet dreigt te gaan.

De verantwoordelijkheid voor continuïteit van cruciale zorg ligt, zoals gezegd, niet primair bij de overheid, maar bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wanneer verzekeraars voor hun verzekerden voldoende verloskundige zorg kunnen contracteren, dan kan het zo zijn dat een bepaalde aanbieder van verloskundige zorg wegvalt. Dit kan zijn omdat er teveel aanbod is of omdat de kwaliteit van zorg van die aanbieder niet voldoet. Dit is weliswaar vervelend voor die aanbieder en het personeel dat bij die aanbieder werkt, maar heeft geen nadelige gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten. Immers, de verzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht door voldoende en kwalitatief goed aanbod in te richten. Ik wijs er bovendien op dat met ingang van 2013 voor acute verloskunde de zorgautoriteit ook aan bestaande zorgaanbieders een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen⁴.

Voor zover de leden van de SP-fractie lijken te veronderstellen dat ik in geval van faillissement van een zorgaanbieder wel acuut bijspring, berust dat op een misvatting. Voor mij is de continuïteit van een specifieke zorgaanbieder niet belangrijk, maar wel de continuïteit van de cruciale zorg. Met het ingezette continuïteitsbeleid worden ook geen individuele aanbieders gesteund, alleen de continuïteit van cruciale zorg wordt gewaarborgd. Uitsluitend wanneer de zorgverzekeraar een terecht beroep doet op overmacht, zal de overheid een vangnetstichting oprichten. Dat is iets anders dan dat de overheid alle aanbieders van acute verloskunde in stand houdt wanneer zij failliet gaan.

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie om een overzicht van de sancties die kunnen worden opgelegd aan zorgverzekeraars die onvoldoende aan hun zorgplicht voldoen wanneer een zorgaanbieder failliet gaat en de zorgautoriteit hiervan niet tijdig verwittigen.

Wanneer zorgverzekeraars hun zorgplicht onvoldoende invullen kan de zorgautoriteit handhavend optreden. De zorgautoriteit ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ, zoals is opgenomen in artikel 16, sub b en d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) en heeft daarmee de bevoegdheid om toe te zien op de naleving van de zorgplicht door verzekeraars. Hoofdstuk 6 van de WVG geeft de zorgautoriteit de bevoegdheid naleving af te dwingen. Op grond van de artikelen 77, 78, 80, 83 en 84 van de WVG kan de zorgautoriteit respectievelijk een

⁴ Brief van 25 mei 2012 inzake beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg, Kamerstukken II 2011/2012, 32 393, nr. 16

aanwijzing geven, een last onder bestuursdwang opleggen en een last onder dwangsom opleggen aan die verzekeraar die niet aan zijn zorgplicht voldoet.

Wellicht ten overvloede verwijs ik hierbij naar het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg⁵, dat ter behandeling in de Tweede Kamer ligt. Uw Kamer heeft 12 juli 2012 vastgesteld als inbrengdatum voor het verslag.

⁵ Kamerstukken II 2010/2011, 33 253, nr. 2