

35 124 Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het creëren van een bevoegdheid voor Onze Minister om een voorgedragen kwaliteitsstandaard vanwege financiële gevolgen niet in het openbaar register op te nemen (financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden)

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Mede namens de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, wil ik de leden van de fracties van CDA, GroenLinks, de PvdA en 50PLUS danken voor hun nadere inbreng op het voorliggende wetsvoorstel houdende Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het creëren van een bevoegdheid voor Onze Minister om een voorgedragen kwaliteitsstandaard vanwege financiële gevolgen niet in het openbaar register op te nemen (financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden). Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de nadere vragen die de fracties van CDA, GroenLinks, de PvdA en 50PLUS nog bij het wetsvoorstel hebben. De beantwoording van de vragen sluit aan bij de volgorde van het verslag.

De leden van de CDA-fractie en GroenLinks vragen naar aanleiding van de memorie van antwoord een toelichting op de zinsnede 'als de budgetimpactanalyse van de NZa boven nul uitkomt, wordt de kwaliteitsstandaard voor toetsing aan de Minister voorgelegd', aangezien dit in tegenspraak lijkt met de toezegging dat de bevoegdheid van de Minister alleen bij substantiële financiële gevolgen bij wijze van noodrem wordt ingezet.

Met de formulering van de risicocriteria van het wetsvoorstel in samenhang met de aanscherping daarvan in de algemene maatregel van bestuur (AMvB) is beoogd dat alleen kwaliteitsstandaarden die leiden tot substantiële financiële gevolgen hieraan zullen voldoen. Zo wordt voorkomen dat een kwaliteitsstandaard onnodig onder deze toetsing valt. Op basis hiervan is het niet reëel om te veronderstellen dat de budgetimpactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tot een uitkomst vlak boven nul zal leiden. Als daarvan onverhoopt echter wel sprake is, is er uiteraard geen aanleiding deze bevoegdheid bij wijze van noodrem in te zetten. Wel zou een dergelijke uitkomst aanleiding kunnen zijn te bezien of de criteria zoals die in de AMvB zijn aangescherpt, aanpassing behoeven. Gelet op het doel - financiële toetsing voor de collectieve zorguitgaven en het mogelijk maken van de politieke weging daaromtrent - zal worden gemonitord of niet te veel (want geen substantiële financiële gevolgen) of te weinig (want toch substantiële financiële gevolgen) kwaliteitsstandaarden onder de financiële toets vallen. Als uit de monitoring blijkt dat hiervan wel sprake is, zal voorgesteld worden de nadere regels in de AMvB aan te passen.

De leden van de PvdA-fractie en 50PLUS vragen of met het wetsvoorstel een fundamentele inbreuk wordt gemaakt op het uitgangspunt, vastgelegd in de Nederlandse artseneed (NFU, KNMG, VSNU, 2010)¹, dat van artsen wordt verwacht dat zij altijd de gezondheidssituatie en het belang van de individuele patiënt doorslaggevend laten zijn in hun handelen. Ook vragen ze of de weigering om toestemming te verlenen betekent dat niet de stand van de wetenschap en de professionele normen leidend zijn, maar de bereidheid van de regering om middelen beschikbaar te stellen.

Genoemde eed is een belangrijk ijkpunt voor het professioneel handelen van artsen. Naast de normen die door de beroepsgroep zelf zijn ontwikkeld, zijn er echter tal van wettelijke regelingen die voor de arts van belang zijn. Het kenmerk van deze wettelijke regelingen is dat zij veelal bepalingen bevatten die verplichtend zijn of anderszins rechtsgevolgen hebben (zie onder meer hoofdstuk 5 van de Nederlandse artseneed). Dit geldt ook voor de met dit wetsvoorstel voorgestelde financiële toetsing met het oog op de beheersing van de collectieve (zorg)uitgaven. Professionele normen die aan de risicocriteria voldoen, worden financieel getoetst voordat zij als kwaliteitsstandaard ingeschreven kunnen worden en daarmee als goede zorg aangemerkt kunnen worden die voor vergoeding in aanmerking dient te komen. Voorgaande laat onverlet dat voor de arts het belang van de individuele patiënt doorslaggevend is en blijft bij de zorgverlening. Zorgaanbieders zijn immers gehouden om goede zorg in de zin van de Wkkgz te verlenen. Dat is zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Ook op grond van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst geldt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard.

De leden van de PvdA-fractie vinden het opvallend dat de regering in de memorie van antwoord bevestigt dat zorgprofessionals te allen tijde de best mogelijke zorg moeten verlenen. Kan de regering aangeven wat ze daarmee dan bedoelt, als zij niet bereid is de financiële middelen die nodig zijn om te voldoen aan een kwaliteitsstandaard beschikbaar te stellen?

De bevoegdheid om toestemming te weigeren om een kwaliteitsstandaard in het openbare register op te nemen zal uitsluitend bij wijze van noodrem worden ingezet. In de afweging tussen collectieve (zorg)uitgaven moeten nu eenmaal soms lastige keuzes worden gemaakt. De zorg die zorgprofessionals te allen tijde moeten verlenen, blijft bij inzet van de noodrem de zorg van het kwaliteitsniveau van vóór de nieuwe of gewijzigde voorgedragen kwaliteitsstandaard. Feitelijk gaat het dan om het bestaande kwaliteitsniveau dat gehandhaafd blijft en als de best mogelijke zorg wordt aangemerkt. Het staat de zorgprofessional overigens vrij om zorg ook op een hoger kwaliteitsniveau te geven.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er geen rechtsongelijkheid kan ontstaan tussen patiënten omdat het zorgprofessionals vrij staat om wel te voldoen aan een hogere kwaliteitsnorm dan dat wat de regering beschouwt als goede zorg? Hoe weten patiënten/cliënten bij welke zorgaanbieders/zorgverleners zij moeten zijn als zij zorg willen hebben conform de hogere kwaliteitsnormen? Gaat de regering monitoren wat de implicaties zijn voor de kwaliteit van de zorg in Nederland?

¹ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/artseneed.htm>

Ook nu zijn er zorgprofessionals die een hogere kwaliteitsnorm leveren dan waartoe ze op grond van de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden gehouden zijn. Er geldt geen verbod om zorg van een hogere kwaliteit te verlenen, nu niet en in de toekomst ook niet. Alhoewel er sprake kan zijn van zorg van verschillende kwaliteit, is er geen sprake van rechtsongelijkheid, omdat er geen recht bestaat op zorg van een hogere kwaliteit. Zorgaanbieders zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (artikel 38, vierde lid) zelf verantwoordelijk om inzicht in de kwaliteit van zorg te geven aan cliënten. Op die manier kunnen cliënten kiezen bij welke zorgaanbieders zij moeten zijn. Gelet op het feit dat het uitsluitend gaat om een noodrembevoegdheid die bij zeer hoge uitzondering wordt toegepast, is het niet aannemelijk dat de ongelijkheid tussen patiënten hierdoor noemenswaardig gaat toenemen. Over de inzet van dit instrument legt de Minister verantwoording af aan het parlement. Hierbij zullen uiteraard ook de implicaties voor de kwaliteit van de zorg in Nederland aan de orde komen.

De leden van de PvdA-fractie vragen een toelichting op de verwachting van de regering dat er jaarlijks maar 3 tot 4 standaarden voorgelegd zullen gaan worden, gelet op het feit dat in bijvoorbeeld artikel 2.1c staat dat een standaard moet worden voorgelegd als deze leidt tot een nieuwe wijze van zorgverlening of een andere organisatie van zorg.

In artikel 2.1c, derde lid, van de concept-AMvB is geregeld dat een standaard die leidt tot een nieuwe wijze van zorgverlening of een andere organisatie van zorg, pas onder de financiële toetsing valt indien naar verwachting jaarlijks 5000 cliënten voor deze zorg in aanmerking komen. Ook moet de daarvoor noodzakelijke financiële investering substantieel zijn. Niet iedere standaard die leidt tot een nieuwe wijze van zorgverlening of een andere organisatie van zorg hoeft dus te worden voorgelegd. De inschatting dat het jaarlijks om 3 tot 4 standaarden gaat, is gebaseerd op de ervaring van het Zorginstituut tot nu toe.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder of in artikel 2.1b, tweede lid, in plaats van structurele kosten, niet moet staan "structurele meerkosten". Graag ontvangen deze leden een verheldering op dit punt omdat het toepassen van iedere standaard immers leidt tot structurele kosten, daar in de regel zorgprofessionals salaris ontvangen voor hun professionele handelen.

Uiteraard zijn er ook structurele kosten verbonden aan zorgverlening door bijvoorbeeld hoger gekwalificeerd personeel. Daarop ziet artikel 2.1b, tweede lid, van de concept-AMvB echter niet. Met dit lid wordt enkel beoogd de incidentele kosten die uit de kwaliteitsstandaard voortvloeien uit te zonderen van de financiële toetsing. Het gaat dan om kosten die noodzakelijk zijn om eenmalig (incidenteel) voldoende (gekwatificeerd) personeel op te leiden. Deze eenmalige kosten zijn immers niet direct gebonden aan de zorgverlening waarvoor de NZa redelijkerwijs kostendekkende tarieven moet vaststellen.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat onduidelijk blijft wat de regering beschouwt als zodanige substantiële financiële gevolgen dat de Minister de kwaliteitsstandaard afkeurt. In de afgelopen jaren is gebleken dat de politiek gevoelig is voor schrijnende verhalen en dat op basis daarvan bijvoorbeeld nieuwe medicijnen en behandelingen zijn toegelaten op de Nederlandse markt en in het basispakket. De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering het risico onderkent dat door het voorliggende wetsvoorstel via politieke beïnvloeding de goedkeuring van een kwaliteitsstandaard zal kunnen worden afgedwongen? Houdt dit niet het risico in dat goed georganiseerde patiëntengroepen wel een politieke

meerderheid weten te mobiliseren voor het opnemen van een kwaliteitsstandaard in het openbaar register en minder sterk georganiseerde patiëntengroepen niet? Zo ja, wat gaat de regering doen om dit te voorkomen? Zo nee, waarom is de regering een andere mening toegedaan?

Doel van het wetsvoorstel is de mogelijkheid te creëren een politieke afweging te kunnen maken als het gaat om substantiële collectieve (zorg)uitgaven. Slechts in het uiterste geval en na een zorgvuldige weging, kan de noodrem worden gehanteerd. De Minister zal over die afweging ook verantwoording afleggen aan het parlement. Daar hoort ook de beoordeling of de Minister op een evenwichtige manier gebruik maakt van zijn bevoegdheid. Democratische controle op de afweging van de Minister van alle in het geding zijnde belangen en de zorgvuldigheid van de besluitvorming waarborgt een goede politieke afweging. Daarnaast is van belang dat bij het opstellen van een kwaliteitsstandaard gewaarborgd is dat alle betrokken belangen worden gewogen. Ook die van minder georganiseerde patiëntengroepen. Kwaliteitsstandaarden dienen immers tripartiete door alle relevante organisaties van zorgaanbieders/zorgverleners, zorgverzekeraars/zorgkantoren en cliënten te worden ingediend. Het Zorginstituut toetst daarop.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat het aan de ene kant begrijpelijk is dat het aantal betrokken cliënten een criterium voor de regering vormt om een oordeel te gaan vellen over de kwaliteitsstandaard, omdat dit iets zegt over de omvang van het te verwachten zorggebruik. De leden van de PvdA-fractie vragen of ze het goed begrepen hebben dat de regering geen oordeel velt over kwaliteitsstandaarden die van toepassing zijn op de diagnostiek en behandeling van minder dan 5000 cliënten, ook al leidt de toename van de verwachte inzet (op basis van artikel 2.1b van de concept-AMvB) tot een toename van meer dan 10% voltijdsequivalenten? En of dat betekent dat voor zeldzame aandoeningen het wetsvoorstel niet van toepassing is?

Als de kwaliteitsstandaard leidt tot een toename van meer dan 10% voltijdsequivalenten, maar er is sprake van minder dan 5000 cliënten die jaarlijks in aanmerking komen voor deze zorg, is de financiële toetsing op grond van deze concept AMvB inderdaad niet van toepassing. Binnen Europa wordt een aandoening als zeldzaam aangemerkt als minder dan 1 op 2000 mensen patiënt is. Uitgaande van 17,5 miljoen Nederlanders zou een aandoening ook als zeldzaam kunnen worden aangemerkt als minder dan 8750 mensen patiënt zijn. Indien een kwaliteitsstandaard voor zorg voor een zeldzame aandoening wordt opgesteld die leidt tot een nieuwe wijze van zorgverlening of andere organisatie van zorg en tot een substantiële financiële investering, kan het wetsvoorstel gelet op het aantal van minder dan 8750 patiënten nog wel van toepassing zijn wanneer jaarlijks ten minste 5000 cliënten in aanmerking zouden komen voor deze zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen over de verklaring omtrent het gedrag (VOG) voor huisartsen die werken voor een instelling in de langdurige zorg, of deze huisartsen een VOG hebben van hun basisorganisatie die zij zouden kunnen overleggen aan de WLZ-instelling waarvoor ze werken, om te borgen dat er geen risico gelopen wordt vanwege eerder gepleegde strafbare feiten?

De huisartsen die door de zorginstelling gecontracteerd zijn om overdag zorg te leveren aan cliënten die in een Wlz-instelling verblijven, moeten een VOG overleggen aan de Wlz-instelling waar zij die zorg verlenen. Het kan zijn dat deze huisartsen in de ANW-uren zorg verlenen in andere Wlz-instellingen dan waar zij

overdag zorg verlenen, omdat de zorg in de ANW-uren die door een huisartsenpost wordt geleverd zich kan uitstrekken tot een veel groter verzorgingsgebied dan de zorg van een dagelijkse praktijk. Deze huisartsen beschikken dan dus wel over een VOG, alleen niet voor die specifieke instelling waar zij mogelijk incidenteel in de ANW-uren zorg verlenen. Cijfers laten zien hoe weinig dit laatste voorkomt. In Gelderland bijvoorbeeld levert een huisarts eens in de 12,5 maand in de ANW-uren zorg aan een cliënt die in een Wlz-instelling verblijft.

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge