

Vergaderjaar 2011–2012

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. 21

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 29 juni 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 mei 2012 inzake de beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg (Kamerstuk 32 393, nr. 16).

De op 15 juni 2012 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 28 juni 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	3

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 aanwijzingen in verband met de beschikbaarheidsbijdrage zoals bedoeld in artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Deze leden hebben hierover enkele vragen.

Met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg door mobiel medische teams, spoedeisende hulp en acute verloskunde vragen deze leden of het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage inhoudt dat voor al deze vormen van zorg zal gelden dat er een volledige landelijke dekking is van deze zorg binnen de daarvoor gestelde wettelijke termijnen, in het bijzonder ook voor de buitengebieden. Zo niet, kan de minister aangeven wat de meerprijs zal zijn van het landelijk dekkend maken van deze diensten?

De leden van de PvdA-fractie zijn niet overtuigd van de noodzaak van het verstrekken van beschikbaarheidsbijdragen voor «zorg verleend tijdens de transitie van bekostigingssystemen» en «tijdens de overgangsregeling kapitaallasten». Deze leden vragen of is onderzocht of aanbieders deze kosten zelf kunnen dragen. Is de minister het met deze leden eens dat de zorgaanbieders zelf regelmatig voor extra kosten hebben gezorgd, bijvoorbeeld via upcoding en overdeclaratie ter waarde van € 1 miljard in de periode 2006–2008? Kan de minister tevens een inschatting maken van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor deze onderdelen in 2013? Tot slot vragen deze leden of is overwogen de beschikbaarheidsbijdrage in deze gevallen te verstrekken in de vorm van een lening. De leden van de PvdA-fractie gaan er daarbij vanuit dat zorgaanbieders voldoende kennis hebben om hun diensten niet onder kostprijsniveau aan te bieden. Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister hierop.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister inzake de beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg. Zij hebben daarover nog enkele vragen.

Bij de voorgenomen aanwijzing voor de academische zorg wordt voor 2013 uitgegaan van dezelfde systematiek als in 2012 alsmede dezelfde vergoeding minus € 10 miljoen. Blijft dit voornemen gehandhaafd ook nu de resultaten van het interdepartementaal beleidsonderzoek bekend zijn? Zorgaanbieders die de beschikbaarheidsbijdrage in 2012 ontvingen en daarop nog steeds recht hebben in 2013, worden bekostigd voor het bedrag van 2012. Voor nieuwe zorgaanbieders die in 2013 voor het eerst in aanmerking komen, geldt de toekenning van de bijdrage op grond van beleidsregels. Op basis waarvan worden de beleidsregels door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgesteld en geldt dit vanaf 2013 ook de jaren erna voor nieuwe zorgaanbieders?

In het debat over het Zorglandschap heeft de minister toegezegd in overleg te treden met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en kleine ziekenhuizen om ook ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45 minutennorm, maar geen volwaardige spoedeisende hulp (SEH) kunnen

exploiteren, in aanmerking te laten komen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Dit naar aanleiding van de situatie in De Sionsberg te Dokkum. Kan de minister aangeven of, in afwachting van de resultaten van dat overleg, hier de beschikbaarheidsbijdrage voor 2013 gehandhaafd blijft? In 2012 voert de zorgautoriteit een voorbereidend onderzoek uit, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Kan de minister aangeven wat precies onderzocht wordt en wanneer de resultaten bekend zijn?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister inzake de beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg. In deze brief somt de minister de verschillende vormen van zorg op die voor deze bijdrage in aanmerking komen. Genoemde leden hebben al veel vragen gesteld in de schriftelijke inbrengen over de beschikbaarheidsbijdragen op andere terreinen. Deze leden beperken zich daarom tot enkele vragen.

De leden van de SP-fractie vragen de minister uitgebreid te beargumenteren waarom de academische zorg, de traumazorg door mobiel medische teams, de spoedeisende eerste hulp, acute verloskunde, gespecialiseerde brandwondenzorg, de zorg verleend tijdens de transitie van bekostigingssystemen en de zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten belast zullen worden met een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB), terwijl de post mortem orgaanuitname donoren, het calamiteiten-hospitaal en de coördinatie, opleiding en training traumazorg belast worden met een Dienst Algemeen Belang (DAB). De leden van de SP-fractie vragen de minister om voor elk van deze zorgvormen toe te lichten waarom is gekozen voor een DAEB dan wel DAB.

De minister brengt in de passage over de zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten in herinnering dat de garantie van de overheid jaarlijks wordt afgebouwd tot 0% vanaf 2017. De leden van de SP-fractie vragen de minister welke stappen momenteel nog worden gezet nu het kabinet een demissionaire status heeft en vragen de minister van verdere stappen in deze ingrijpende stelselwijziging af te zien in afwachting van de koers van een nieuw kabinet.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de landelijke dekking van mobiel medische teams, spoedeisende hulp en acute verloskunde in relatie tot de beschikbaarheidsbijdrage.

De 7x24 uur parate en beschikbare mobiele medische teams zorgen voor een volledige landelijke dekking van deze zorg binnen 40 minuten. Met de beschikbaarheidsbijdrage wordt de beschikbaarheid van deze zorg gewaarborgd. Ten aanzien van de bereikbaarheid van de Spoedeisende Hulp (SEH) en acute verloskunde kan worden verwezen naar de «Doorrekening gevoelige ziekenhuizen 2011» van het RIVM. Hierin is te zien dat 99,1% van de bevolking binnen 45 minuten met een ambulance naar een SEH vervoerd kan worden. Voor de acute verloskunde geldt een dekkingsgraad van 99,7%. Ik beschik niet over informatie over de kosten van het 100% landelijk dekkend maken van de SEH en acute verloskunde.

Deze leden vroegen ook naar de noodzaak van het kunnen toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage bij transitie van bekostigingssystemen en bij de overgangsregeling kapitaallasten, naar een inschatting van de hoogte van beschikbaarheidsbijdrage daarvan en of er in plaats van een beschikbaarheidsbijdrage geen lening kan worden verstrekt.

De mogelijkheid om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen bij transitie vloeit voort uit de verplichtingen die de overheid is aangegaan in

het kader van een zorgvuldige overgang naar een systeem van prestatiebekostiging. Die verplichting is, nadat de Kamer daarvan bij voorhangbrieven is bericht, verwerkt in de Aanwijzing transitie model medisch specialistische zorg 2012 (Stcrt. 2011, 13950) en de Aanwijzing beschikbaarheidsbijdrage 2012 (Stcrt. 2012, 128).

De mogelijkheid om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen bij de overgangsregeling kapitaallasten vloeit voort uit de verplichtingen die de overheid is aangegaan in vervolg op het vervallen van het bouwregime op grond van de WTZi in 2008 en het onderhandelbaar maken van de kapitaallastenvergoeding voor het toenmalige B-segment. Daarmee werd voor instellingen een dubbele onzekerheid gecreëerd. De Commissie Havermans heeft medio 2008 een advies uitgebracht over de hierdoor ontstane situatie. Dat heeft uiteindelijk geresulteerd in de Aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten van 22 juni 2010 waarbij de overheid een garantie heeft gegeven voor de afbouw van de vergoeding voor kapitaallasten. Die garantie is uiteraard bij de overgang naar prestatiebekostiging in stand gebleven, getuige de Aanwijzing kapitaallasten transitie model medisch specialistische zorg 2012 (Stcrt. 2011, 19621).

Met betrekking tot het transitie model prestatiebekostiging wordt gewerkt via een schaduw-FB dat gebaseerd is op de FB-systematiek zoals die tot en met 2011 van toepassing was. De middelen hiervoor maken deel uit van het kader zoals dat voor instellingen voor medisch specialistische zorg beschikbaar is binnen het BKZ. Voor het transitie model zijn geen extra middelen gereserveerd. De transitie kan ook leiden tot meeropbrengsten van instellingen ten opzichte van de oude situatie. In dat geval kan er sprake zijn van een negatief transitiebedrag dat dient te worden afgedragen. Ten behoeve van de garantieregeling kapitaallasten is vanaf 2013 € 75 miljoen gereserveerd tot en met 2016.

Tot slot vroegen deze leden of is overwogen de beschikbaarheidsbijdrage in deze gevallen te verstrekken in de vorm van een lening. Bij de overgang (transitie) van het ene bekostigingssysteem naar het andere bekostigingssysteem kan de continuïteit van zorg door een zorgaanbieder in gevaar komen door ongewisheid of de opbrengsten in het nieuwe bekostigingssysteem voldoende dekking bieden voor de exploitatie. In een dergelijk geval is het uit bestuurlijke zorgvuldigheid gewenst de desbetreffende zorgaanbieders door middel van een financiële bijdrage te steunen bij die overgang. Zo kunnen zij gedurende de transitieperiode tijdig maatregelen treffen en hun exploitatie aanpassen zonder dat de levering van zorg in gevaar wordt gebracht. Het moet daarbij wel gaan om een transitie die door de overheid is opgedragen in een aanwijzing aan de zorgautoriteit, na voorhang bij het parlement. Een voorbeeld van een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage is de bijdrage die kan worden toegekend in het kader van het transitie model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg. De transitie kan ook leiden tot meeropbrengsten van instellingen ten opzichte van de oude situatie. In dat geval kan er sprake zijn van een negatief transitiebedrag dat dient te worden afgedragen. Ook voor de overgangsregeling kapitaallasten geldt dat deze het gevolg is van het wijzigen van de bekostiging door de overheid (zie boven). De vergoeding van de kapitaallasten is immers niet langer gebaseerd op een risicoloos systeem van nacalculatie van de werkelijke lasten.

Samengevat betreffen beiden regelingen een verrekening als gevolg van beleidswijzigingen door de overheid waarbij afspraken zijn gemaakt met het veld daarvoor compensatie te bieden in een daarbij afgesproken vorm. Om aan de juridisch afdwingbare afspraken te voldoen is het verstrekken van een bijdrage in de vorm van een lening niet geschikt.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar extra zorgkosten in de periode 2006–2008. Op deze vraag ben ik op 9 december 2011 reeds ingegaan naar aanleiding van eerdere Kamervragen over hetzelfde onderwerp (Kamervragen 2011–2012, nummer 880). Ik verwijs u derhalve naar mijn antwoord op die vragen.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg. De olopende korting van de academische component in de periode 2012–2015 is reeds opgenomen in de Begroting 2012 en blijft gehandhaafd. Deze korting staat los van het interdepartementale beleidsonderzoek.

De leden van de CDA-fractie vroegen ook naar de beschikbaarheidsbijdragen voor SEH.

Voor instellingen die per 2013 voor het eerst aanspraak maken op de bijdrage SEH kan niet worden aangesloten op een bestaande bijdrage. De wijze waarop de bijdrage voor nieuwe instellingen wordt vastgesteld moet nog nader worden vastgesteld door de zorgautoriteit en opgenomen in beleidsregels. Dit geldt ook voor de jaren na 2013. Voor de beschikbaarheidsbijdrage na 2013 is de beschikbaarheidsbijdrage SEH bovendien afhankelijk van de exacte normen die gaan gelden voor een basis-SEH. Na de zomer komt de minister met een reactie op het advies van de Gezondheidsraad over de achtervangfuncties van een SEH. Dat advies heeft u bij brief van 1 maart 2012 ontvangen (Kamerstukken II 2011/12, 29 247, nr. 171). Zodra dat tot nieuwe inzichten leidt zal dat te gelegener tijd uitmonden in een aanwijzing aan de zorgautoriteit.

Ik erken dat ik tijdens het Algemeen overleg over het Zorglandschap heb toegezegd met de kleine ziekenhuizen in krimpregio's in overleg te treden. De krimpregio's zijn kwetsbaar als het gaat om het behoud van de zorg in de regio. Door onder andere verscherpte kwaliteitseisen kunnen vaak de kleine ziekenhuizen in krimpregio's maar moeilijk voldoen aan de kwaliteitsnormen. Dit leidt tot verschraling van de zorg in die regio's die toch al te maken hebben met toenemende krimp van het totale voorzieningenniveau. Ik heb de kleine ziekenhuizen opgeroepen om mee te denken over de wijze waarop invulling kan worden gegeven aan de acute zorg in een regio en de functie die het ziekenhuis daarbij kan hebben. Ziekenhuizen met een SEH die nodig zijn voor de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten kunnen, mits zij voldoen aan de geldende voorwaarden, in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar het voorbereidend onderzoek voor acute verloskunde. Voor de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde voor het jaar 2013 ben ik voornemens een vast bedrag vast te stellen. Onderzocht wordt hoe dit vaste bedrag voor acute verloskunde vormgegeven kan worden. Het gaat hierbij zowel om de te selecteren aanbieders die voor deze beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen, als de hoogte van het vaste bedrag. Op welke wijze de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde wordt vastgesteld, zal worden opgenomen in de aanwijzing. Dit is slechts een tijdelijke oplossing voor 2013. De planning is dat de beschikbaarheidsbijdrage SEH (inclusief achtervangfuncties, dus ook acute verloskunde) is onderbouwd naar aanleiding van onder andere het bovenbedoelde advies van de Gezondheidsraad.

De leden van de SP-fractie vroegen een nadere uitleg voor de keuze tussen DAEB's en DAB's.

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 de opgedragen activiteit op een bepaalde voorgeschreven wijze verricht
4. waarin de markt niet voorziet.

Kenmerkend verschil met een dienst van algemeen belang is dat deze in het geheel niet tot stand komt zonder overheidsingrijpen. Die activiteit wordt als een niet-economische activiteit beschouwd.

In het algemeen worden alle activiteiten in de gezondheidszorg gezien als economische activiteit. Dat geldt volgens het gevoerde informele overleg met de Europese commissie niet indien opleidingen strekken tot het beschikbaar hebben of houden van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel. In het verlengde daarvan geldt dat ook voor de coördinatie, opleiding en training traumazorg. Op ethische en kwaliteitsgronden mogen werkzaamheden op het terrein van orgaan en weefsel transplantatie niet op commerciële basis worden uitgevoerd. Zonder financiering van de zijde van de ministers van Defensie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zou het Calamiteitenhospitaal niet tot stand komen en in stand blijven, hier is duidelijk geen sprake van een economische activiteit. Om aangegeven redenen zijn de werkzaamheden in het kader van post mortem orgaanuitname donoren, het calamiteitenhospitaal en de coördinatie, opleiding en training traumazorg aangemerkt als dienst van algemeen belang. De werkzaamheden in het kader van de overige in de brief genoemde vormen van zorg worden beschouwd als economische activiteit en daarom worden deze diensten aangemerkt als dienst van algemeen economisch belang.

Overigens is met betrekking tot de feitelijke gevolgen van de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage het onderscheid niet relevant in die zin dat bij DAEB's en bij DAB's de overheid de kosten van die activiteit mag compenseren. Dit vormt dan geen staatssteun.

De leden van de SP-fractie vragen in deze demissionaire periode geen verdere stappen te zetten en refereren daarbij aan garantieregeling kapitaallasten. Ik roep daarbij in herinnering dat de overheid met betrekking tot die kapitaallasten verplichtingen is aangegaan, die voortvloeien uit een beleidswijziging in 2008. Zie daarover mijn antwoorden op vragen van de PvdA-fractie. Uit oogpunt van zorgvuldig bestuur kunnen zulke verplichtingen in een demissionaire periode niet eenzijdig worden stopgezet. De genoemde overgangsregeling kapitaallasten is een reeds bestaande regeling, op basis van de aanwijzing van 22 juni 2010, nr. CZ-U-3001512. Conform deze aanwijzing wordt de overgangsregeling kapitaallasten de komende jaren afgebouwd naar 0%. Ook voor werkzaamheden in het kader van het transitiebedrag en de beschikbaarheidsbijdrage geldt dat hiermee invulling wordt gegeven aan eerdere aanwijzingen. Zo staat in de aanwijzing transitiebedrag opgenomen dat het verrekenen van het transitiebedrag (negatief en positief) wordt afgebouwd van 95% in 2012 naar 70% in 2013. Ten aanzien van het instrument beschikbaarheidsbijdrage vinden werkzaamheden plaats die tot doel hebben het vaststellen van onderbouwde beschikbaarheidsbijdragen voor de genoemde vormen van zorg. Nieuwe stappen worden immer vooraf per voorhangbrief aan de Eerste en Tweede Kamer voorgelegd.