

Vergaderjaar 2015–2016

29 214

Subsidiebeleid VWS

Nr. 72

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 december 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 oktober 2015 over de voorhangbrief wijziging tariefsoort abortushulpverlening aan niet-WLZ-gerechtigden (Kamerstuk 29 214, nr. 71).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 november 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 15 december 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	4

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 brief van de Minister over de wijziging tariefsoort abortushulpverlening aan niet-WLZ-gerechtigden. De verandering van het tariefsoort is voor deze leden duidelijk. Wel hebben zij nog enkele vragen.

Is de huidige situatie zo dat alle abortusklinieken financieel gezond zijn en deze verandering aankunnen? Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, waarom voert de Minister dan deze tariefwijziging nu door? Kan de Minister voorstelt aangeven op welke wijze wordt geborgd dat de kwaliteit van abortushulpverlening niet zal afnemen als gevolg van de nieuwe bekostiging? Kan de Minister ook aangeven wat het huidige vaste tarief is en in hoeverre het nieuwe maximumtarief daarvan gaat afwijken? Zo nee, waarom niet? Is het denkbaar dat het maximumtarief hoger wordt dan het huidige vaste tarief? Zo ja, wat is daar de reden voor en acht de Minister dit wenselijk?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de voorhangbrief met daarin het voorstel voor de wijziging tariefsoort abortushulpverlening aan niet-WLZ-gerechtigden. Genoemde leden hebben naar aanleiding van deze voorhangbrief onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de SP-fractie zijn nog niet overtuigd van de noodzakelijkheid van de voorgestelde wijziging. Het voorstel is om in plaats van met een vast tarief met een maximumtarief te gaan werken als het gaat om de abortushulpverlening aan niet-WLZ-gerechtigden. In haar brief geeft de Minister aan dat het huidige vaste tarief niet meer past. Waarom past het huidige vaste tarief niet meer? Graag ontvangen deze leden hierop een toelichting. Genoemde leden vragen de Minister nogmaals uitgebreid te onderbouwen waarom voor deze verandering van een vast tarief naar een maximumtarief wordt gekozen, wat gaat er nu precies verbeteren ten opzichte van de huidige situatie. Genoemde leden verzoeken de Minister daarbij ook aan te geven wat de mogelijke positieve dan wel negatieve effecten zijn van de voorgestelde wijziging voor zowel de abortushulpverlener als de niet-WLZ-gerechtigde die een abortus wil. Vervolgens vragen zij om een onderbouwing van de reden waarom de Minister naast een maximumtarief niet ook voorstelt een minimumtarief vast te stellen. Is het in de voorgestelde nieuwe systematiek denkbaar dat er «gestunt» gaat worden met de prijzen van abortussen of dat de kwaliteit van de abortushulpverlening hieronder lijdt doordat de tarieven te laag worden vastgesteld of te ver naar beneden zakken? De leden van de SP-fractie zouden dit zeer onwenselijk vinden en ontvangen hierop dan ook graag een toelichting.

Vervolgens vragen zij of deze wijziging een eerste stap in de richting van het invoeren van een (soort) DBC-systematiek is. Zo ja, welke motivatie ligt hieraan ten grondslag? Kan de Minister toelichten of dit inderdaad de bedoeling is en waarom zij hiervoor kiest. Het mag bekend zijn dat dit absoluut niet de voorkeur zou hebben van de leden van de SP-fractie. In de brief lezen de leden van de SP-fractie dat het voor klinieken voor abortushulpverlening de afgelopen jaren mogelijk is geweest een financiële buffer op te bouwen. Kunt u aangeven hoe groot deze financiële buffers op dit moment zijn en waar deze financiële buffers nu voor

gebruikt (gaan) worden? Met het instellen van een maximumtarief in plaats van een vast tarief wordt het moeilijker om financiële buffers op te bouwen zo vermoeden deze leden. Zij vragen de Minister hierop in te gaan.

Is het uiteindelijk de bedoeling dat de abortusklinieken hun eigen broek op gaan houden, zo vragen de leden van de SP-fractie. Zo ja, waarom is dit de weg waar de Minister voor kiest? Is er geïnventariseerd wat abortusklinieken zelf van dit voorstel vinden en zo ja, wat waren hun reacties?

Genoemde leden vragen daarom om deze reacties uitgebreid (inclusief eventueel genoemde voordelen en bezwaren) weer te geven en van commentaar te voorzien. Zijn er daarnaast ook andere partijen die op het voorstel hebben gereageerd? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie ook de door deze partijen ontvangen reacties, inclusief eventueel genoemde voordelen en bezwaren, voorzien van commentaar van de Minister.

De leden van de SP-fractie vragen vervolgens hoe hoog het nu geldende vaste tarief is voor de abortushulpverlening aan niet-WLZ-verzekerden en wat naar verwachting het maximum tarief wordt dat de Nederlandse Zorgautoriteit gaat voorstellen. Wanneer wordt een voorstel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verwacht?

In het geheel gezien, maakt deze voorgestelde wijziging het werken voor een abortuskliniek nu simpeler of ingewikkelder? De leden SP-fractie hierop een toelichting waarbij ook ingegaan wordt op de administratieve regeldruk die hiermee wellicht gepaard gaat.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de brief met daarin de voorgestelde wijziging van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). De Minister is voornemens om de NZa opdracht te geven tot wijziging van de tariefsoort voor abortushulpverlening voor niet-WLZ-gerechtigden.

Voor de leden van de ChristenUnie-fractie staat voorop dat de wetgeving die zwangerschapsafbreking legaliseerde op gespannen voet staat met één van de meest elementaire waarden van het leven en dat is de beschermwaardigheid ervan. Een zwangerschapsafbreking kan voor deze leden niet als normaal of als gangbare praktijk gezien worden. Voor deze leden is het van belang dat klinieken zich goed op de hoogte stellen van de situatie waarin een zwangere vrouw zich bevindt en dat zij vrouwen zorgvuldig voorlichten en begeleiden bij hun overweging om de zwangerschap af te breken. Zij hebben hierover enkele vragen en opmerkingen.

Kan de Minister uiteenzetten wat het verschil is tussen niet-WLZ-gerechtigden en niet-WLZ-verzekerden? Waarom wordt deze terminologie door elkaar gebruikt in de brief? Wie behoren er tot de groep niet-WLZ-verzekerden (gerechtigden) en wie behoren zicht tot de wel-WLZ-gerechtigden(verzekerden)? Hoe groot is deze groep?

Kan de Minister inzicht geven in het aantal gedeclareerde verrichtingen over 2014 van niet-WLZ-verzekerden? Voor welk bedrag werd er over dat jaar in totaal gedeclareerd? Hebben genoemde leden het goed begrepen dat er voor de WLZ-verzekerden niets wijzigt en de Minister ook niet voornemens is hierin iets te wijzigen?

Welk effect wordt verwacht op het aantal verrichtingen door de wijziging van de tariefsoort? Welk effect wordt verwacht op het totale budget aan hulpverlening bij het afbreken van de zwangerschap? Krijgen abortusklinieken middels deze wijziging per saldo meer of minder financiële middelen bij gelijk aantal verrichtingen?

Wat hoopt de Minister te bewerkstelligen als abortusklinieken de mogelijkheid krijgen om zelf meer verantwoordelijkheid te krijgen over hun eigen middelen? Licht er ook een zorginhoudelijk argument ten grondslag aan deze wijziging? Verwacht de Minister dat er meer middelen

beschikbaar zullen zijn voor counseling en controles? Deelt u de mening dat om zorgvuldige counseling en besluitvorming te garanderen de gesprekken bij voorkeur in een neutrale omgeving zouden moeten plaatsvinden? Een niet-neutrale omgeving (zoals een abortuskliniek) zou de besluitvorming kunnen beïnvloeden. Zou hier meer aandacht voor moeten zijn?

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister, waarin zij beschrijft welke aanwijzing zij van plan is te geven over de wijziging van de tariefsoort voor abortussen aan niet-WLZ-verzekerden. Deze leden maken graag van de gelegenheid gebruik om hier vragen over te stellen.

De leden van de SGP-fractie horen graag in de eerste plaats wie de beoogde doelgroep van dit wetsvoorstel is. Wie vallen er allemaal onder de doelgroep «niet-WLZ-verzekerden»? Zijn dit bijvoorbeeld mensen die vanuit het buitenland komen, en hier een abortus ondergaan? Of zijn er nog andere mensen die hieronder vallen? Is er een inhoudelijk verschil tussen niet-WLZ-gerechtigden en niet-WLZ-verzekerden, of is dit een andere aanduiding van hetzelfde begrip? Is de beoogde wijziging van de financiering alleen van toepassing op klinieken, of ook op ziekenhuizen? De leden van de SGP-fractie ontvangen graag een overzicht van de Minister hoe de financiering van de abortussen nu geregeld is, en welke financieringsstromen er na de beoogde aanwijzing zullen zijn.

De leden van de SGP-fractie ontvangen graag een nadere toelichting op de stelling dat het huidige vaste tarief niet meer past binnen de nieuwe bekostigingssystematiek voor de abortushulpverlening.

De leden van de SGP-fractie lezen dat vergoeding voor WLZ-gerechtigden nu al plaats vindt op basis van het aantal verrichtingen dat heeft plaatsgevonden in een jaar en dat klinieken geprikkeld worden om meer kostenbewust te opereren. Kan de Minister toelichten hoe het contracteerproces in de praktijk werkt? Op basis van welke criteria wordt bepaald of wordt overgegaan tot financiering van een kliniek?

De leden van de SGP-fractie lezen dat vergoeding als gevolg van de beoogde wijziging voor niet-WLZ-gerechtigden meer plaats gaat vinden op basis van het aantal verrichtingen dat heeft plaatsgevonden in een jaar en dat klinieken geprikkeld worden om meer kostenbewust te opereren. Kan de Minister aangeven of het de bedoeling is van de wijziging om een prikkel in te bouwen voor minder abortussen? Zo ja, hoe werkt deze prikkel? Hoe wil de Minister dit doel bereiken? Wat is de doelstelling in concrete cijfers en procenten?

De leden van de SGP-fractie vragen wat het verschil in de praktijk zal betekenen als het huidige vaste tarief vervangen is door een maximum-tarief. Wie gaat de onderhandelingen hierover voeren met de klinieken?

II. Reactie van de Minister

Op 29 oktober 2015 stuurde ik een brief waarin ik mededeelde dat ik van plan ben de opdracht aan de NZa te geven om een maximumtarief vast te stellen voor de abortushulpverlening aan niet-WLZ-verzekerden (Kamerstuk 29 214, nr. 71). De wijziging van het huidige vaste tarief in een maximumtarief is nodig omdat het huidige vaste tarief niet meer past binnen de nieuwe bekostigingssystematiek voor de abortushulpverlening. Naar aanleiding van deze aankondiging heeft een aantal fracties vragen gesteld. Deze vragen beantwoord ik in deze brief. Alvorens dat te doen, geeft ik eerst wat meer toelichting op de redenen voor de wijziging van het vaste tarief in het maximum tarief.

Klinieken hebben de laatste jaren meer verantwoordelijkheid gekregen voor hun eigen financiën. Met de wijziging van een vast tarief naar een

maximumtarief wordt beoogd de abortusklinieken meer flexibiliteit te geven in de tarieven die ze aan niet-Wlz-verzekerden vragen. Voor abortusklinieken werkt het vaste tarief soms belemmerend. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg zijn zij namelijk verplicht om bij het hanteren van een prijs het vaste tarief in rekening te brengen. Gebeurt dit niet, dan begaan zij een economisch delict. Abortusklinieken willen de mogelijkheid om op flexibele wijze een lager tarief toe te kunnen passen. Dit kan bijvoorbeeld spelen als de financiële draagkracht van een vrouw erg laag is.

Naar aanleiding van de brief vragen de leden van de PvdA-fractie of het in de huidige situatie zo is dat alle abortusklinieken financieel gezond zijn en deze verandering aankunnen? Zo ja, waar blijkt dat uit? Zo nee, waarom wordt de tariefwijziging dan nu doorgevoerd, zo vragen zij. De wijziging van een vast tarief in een maximumtarief maakt het mogelijk om een lager tarief te gebruiken. De klinieken staan achter deze mogelijkheid van meer flexibiliteit in de tarieven voor niet-wzl-verzekerden. Of een kliniek gebruik maakt van de mogelijkheid van een lager tarief is een vrije keuze. Zij kunnen er ook voor kiezen het maximumtarief te hanteren. Deze wijziging heeft op zichzelf geen gevolgen voor de financiële gezondheid van de abortusklinieken.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts op welke wijze wordt geborgd dat de kwaliteit van de abortushulpverlening niet zal afnemen als gevolg van de nieuwe bekostiging.

Ik zie geen aanleiding om te veronderstellen dat de kwaliteit van de abortushulpverlening af zal nemen als gevolg van de invoering van het maximumtarief. In andere sectoren binnen de zorg zijn eveneens maximum- of vrije tarieven van kracht. In deze sectoren zijn ook geen problemen met de kwaliteit ontstaan door invoering van deze tarieven. Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie of ik aan kan geven wat het huidige vaste tarief is en in hoeverre het maximumtarief daarvan gaat afwijken. Zo nee, waarom niet? Ook vragen zij of het denkbaar is dat het maximumtarief hoger wordt dan het huidige vaste tarief? Zo ja, wat is daar de reden voor en acht de Minister dit wenselijk, zo vragen zij. De leden van de SP-fractie stellen eveneens deze vraag. Voorts willen deze laatste leden weten wat naar verwachting het maximumtarief wordt dat de Nederlandse Zorgautoriteit voor gaat stellen. De leden van de SGP-fractie sluiten hier op aan. Zij vragen wat het verschil in de praktijk zal betekenen als het huidige tarief is vervangen door een maximumtarief. De keuze voor een maximumtarief heeft geen effect op de hoogte van het tarief. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt deze op dezelfde wijze vast en beide tariefsoorten komen op dezelfde wijze tot stand. Het onderstaande schema geeft de tarieven weer die in 2015 gelden voor abortushulpverlening aan niet Wlz-verzekerden en Wlz-verzekerden. Het verschil tussen de tarieven die de NZa vaststelt voor abortushulpverlening aan niet Wlz-verzekerden en de tarieven die VWS vaststelt voor de subsidiëring wordt verklaard doordat de NZa vooraf tarieven vaststelt met een voorlopig indexpercentage jaar X en correctie indexpercentage jaar X-1.

Tabel 1¹

Prestatieomschrijving	Tarief in euro's NZa	Tarief in euro's VWS
Consult / controle	€ 97,91	€ 97,91
Eerste trimester zwangerschapsafbreking	€ 439,34	€ 439,39
Eerste trimester zwangerschapsafbreking met narcose	€ 556,45	€ 556,44
Eerste trimester zwangerschapsafbreking met Prostaglandinebehandeling	€ 786,30	€ 786,28
Eerste trimester zwangerschapsafbreking met Prostaglandinebehandeling en narcose	€ 902,81	€ 902,79
Tweede trimester zwangerschapsafbreking	€ 661,65	€ 661,63
Tweede trimester zwangerschapsafbreking met narcose	€ 778,17	€ 778,15
Tweede trimester zwangerschapsafbreking met Prostaglandinebehandeling	€ 1.008,22	€ 1.007,98
Tweede trimester zwangerschapsafbreking met Prostaglandinebehandeling en narcose	€ 1.124,53	€ 1.124,50

¹ Bron: NZa beleidsregel BR/CU-2135 en Regeling van de Minister van VWS tot wijziging van de Subsidieregeling abortusklinieken in verband met de wijziging van de tarieven, Staatscourant, 14 april 2015, nr. 10005.

Zoals gezegd heeft de wijziging op zichzelf geen invloed op de hoogte van het tarief. Voor 2016 zullen de tarieven naar aanleiding van een kostenonderzoek wel naar beneden worden bijgesteld. Reden daarvoor is dat uit het onderzoek van onderzoeksbureau Significant is gebleken dat voor behandelingen met het middel prostaglandine een te hoge toeslag werd gehanteerd. Deze bijstelling staat derhalve los van de keuze voor een vast of maximumtarief. Het rapport van Significant zal, zoals alle rapporten waarvoor VWS een organisatie opdracht heeft gegeven onder de Algemene Rijksinkoopvoorwaarden, binnenkort openbaar gemaakt worden op de daarvoor bestemde website². De nieuwe tarieven zullen op 1 januari 2016 gaan gelden.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het vaste tarief niet meer past. Zij vragen nogmaals te onderbouwen waarom voor deze verandering van een vast tarief naar een maximumtarief wordt gekozen en wat er nu gaat veranderen ten opzichte van de huidige situatie. Ook willen deze leden weten of deze voorgestelde wijziging het werken voor de abortuskliniek nu simpeler of ingewikkelder maakt. Zij vragen daarbij in te gaan op de administratieve regeldruk die hiermee wellicht gepaard gaat. In de huidige situatie worden jaarlijks de tarieven voor prestaties in de abortushulpverlening voor niet WzI-verzekerden vastgesteld door de NZa. Deze tarieven zijn vaste tarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Klinieken die een lager tarief willen dan het tarief zoals opgenomen in de beleidsregel voor abortusklinieken van de NZa (NZa beleidsregel BR/CU-2135) kunnen een tariefaanvraag indienen bij de NZa. De NZa kan dan een lager vast tarief voor die individuele kliniek vaststellen. Van deze mogelijkheid wordt in de praktijk vrijwel geen gebruik gemaakt, omdat het een procedure is die gepaard gaat met hoge administratieve lasten voor de abortusklinieken (en overigens ook voor de NZa). Bij een maximumtarief kan, kort gezegd, een zorgaanbieder een tarief in rekening brengen

² <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/inhoud/rapporten-ministerie-van-vws/overige-rapporten>.

zolang dit maar onder het maximum ligt. Een zorgaanbieder is daardoor in staat om maatwerk te leveren wanneer de situatie daar om vraagt. Aangezien hiervoor geen aparte aanvraag bij de NZa vereist is – waar dit bij een vast tarief dus wel moet – dalen de administratieve lasten voor de abortusklinieken. Een andere reden om te kiezen voor wijziging van een vast tarief naar een maximumtarief, is dat hiermee wordt aangesloten bij de wijze van bekostiging die gebruikelijk is in de curatieve zorg. Vaste tarieven worden hier vrijwel niet meer gebruikt.

De leden van de SP-fractie verzoeken daarnaast aan te geven wat de mogelijke positieve dan wel negatieve effecten zijn van de voorgestelde wijziging voor zowel de abortushulpverlener als de niet-Wlz-gerechtigde die een abortus wil.

De abortusklinieken en de NZa zijn voorstander van het wijzigen van het vaste tarief in een maximum tarief, omdat dit hen meer flexibiliteit biedt. De abortusklinieken kunnen dan een lager tarief in rekening brengen wanneer dat beter aansluit op de eigen bedrijfsvoering. Ook maakt de flexibiliteit het mogelijk dat een abortuskliniek toch een vrouw een behandeling kan geven tegen een lager tarief, ook indien de vrouw niet in staat is het volledige bedrag te betalen. Een ander effect van de wijziging van de tarifiering is – zoals reeds aangegeven – de daling van de administratieve lasten voor zowel de abortusklinieken als de NZa. Ik zie geen aanleiding negatieve effecten te verwachten.

De leden van de SP-fractie vragen vervolgens om een onderbouwing van de reden waarom de Minister naast een maximumtarief niet ook voorstelt een minimumtarief vast te stellen.

Er is geen aanleiding om een minimumtarief in te voeren. Het ligt niet voor de hand dat abortusklinieken tarieven gaan hanteren die niet kostendekkend zijn.

Vervolgens vragen deze leden of het in de voorgestelde nieuwe systematiek denkbaar is dat er «gestunt» gaat worden met de prijzen van abortussen of dat de kwaliteit van de abortushulpverlening hieronder lijdt doordat de tarieven te laag worden vastgesteld of te ver naar beneden zakken?

De klinieken hebben sinds enkele jaren meer verantwoordelijkheid gekregen voor hun eigen financiën. Ze zijn er verantwoordelijk voor dat ze financieel gezond omgaan met de mogelijkheid van flexibiliteit. Door de wijziging van het vast tarief in het maximumtarief worden qua tarifiering de abortusklinieken gelijkgetrokken met andere sectoren in de curatieve zorg. Ik zie geen reden om te menen dat de abortusklinieken in zouden boeten op kwaliteit vanwege de invoering van meer flexibiliteit in het tarief of dat zij gaan «stunten» met prijzen. Een dergelijke ontwikkeling valt niet waar te nemen in andere sectoren waar maximum of vrije tarieven gelden.

Vervolgens vragen de leden van de SP-fractie of deze wijziging een eerste stap is in de richting van een soort DBC-systematiek. Indien dit zo is, willen zij weten welke motivatie hieraan ten grondslag ligt. Zij vragen toe te lichten of dit inderdaad de bedoeling is en waarom hiervoor gekozen wordt. De wijziging van het vast tarief in een maximumtarief is niet bedoeld als eerste stap in de richting van een DCB-systematiek.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of aangegeven kan worden hoe groot de financiële buffers van de abortusklinieken op dit moment zijn. Ook vragen deze leden waarvoor deze buffers gebruikt (gaan) worden. Met het instellen van een maximumtarief in plaats van een vast tarief wordt het moeilijker financiële buffers op te bouwen, zo vermoeden deze leden. Zij vragen hierop in te gaan.

Iedere zorgaanbieder is verantwoordelijk voor zijn eigen financiën. Dit geldt ook voor de abortusklinieken. Zij zijn positief over het voornemen het vaste tarief te wijzigen in een maximumtarief. De abortusklinieken hebben de mogelijkheid financiële buffers op te bouwen. De hoogte van de buffer verschilt per kliniek. Er is geen reden te verwachten dat deze

mogelijkheid beduidend vermindert. Een deel van de buffers komt uit de gesubsidieerde abortuszorg. De buffers kunnen geherinvesteerd worden in de zorg of gebruikt worden om financiële tegenvallers op te vangen. De leden van deze fractie vragen zich daarnaast af of het uiteindelijk de bedoeling is dat de abortusklinieken hun eigen broek gaan ophouden. Zij vragen waarom dit de weg is waar ik voor kies.

Sinds enkele jaren dragen de abortusklinieken meer verantwoordelijkheid voor hun eigen financiën. De subsidieregeling is enkele jaren geleden aangepast om het mogelijk te maken dat klinieken enige reserve op kunnen bouwen die kan worden geherinvesteerd in de zorg. Ook maken buffers het mogelijk financiële tegenvallers op te vangen. Op die manier kunnen de klinieken een gezondere bedrijfsvoering realiseren. De verantwoordelijkheid van de abortusklinieken strekt zich ook uit tot de abortushulpverlening aan niet-Wlz-verzekerden. Het maximumtarief komt tegemoet aan de wens van de abortusklinieken om meer flexibiliteit te hebben in het tarief voor niet-Wlz-verzekerden. Tegen deze achtergrond meen ik dat het maximumtarief en de flexibiliteit die daarmee gepaard gaat beter past in de nieuwe bekostigingssystematiek voor abortushulpverlening dan een vast tarief.

De leden van de SP-fractie willen voorts weten of er geïnventariseerd is wat de abortusklinieken zelf van het voorliggende voornemen vinden en wat hun reacties waren. Genoemde leden vragen daarom om deze reacties uitgebreid (inclusief eventueel genoemde voordelen en bezwaren) weer te geven en van commentaar te voorzien. Zijn er daarnaast ook andere partijen die op het voorstel hebben gereageerd, zo vragen zij.

De mogelijkheid van meer flexibiliteit komt tegemoet aan de behoefte die klinieken hebben geuit. Er zijn geen bezwaren geuit door de klinieken, noch door anderen. Ook de NZa is positief over het maximumtarief, onder meer vanwege de verlaging van de administratieve lasten.

Tevens vragen deze leden wanneer een voorstel van de Nederlandse Zorgautoriteit wordt verwacht.

Nadat ik de aanwijzing heb gegeven aan de NZa, zal de NZa de maximumtarieven voor 2016 vaststellen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen uiteen te zetten wat het verschil is tussen niet-Wlz-gerechtigden en niet-Wlz-verzekerden en waarom deze terminologie door elkaar gebruikt wordt in de brief. Zij vragen wie tot de groep niet-Wlz-verzekerden (gerechtigden) behoort en wie tot de groep wel-Wlz-verzekerden. Voorts vragen zij hoe groot de groep niet-Wlz-verzekerden is.

De leden van de SGP-fractie stellen soortgelijke vragen. Zo willen zij graag horen wie er onder de doelgroep «niet Wlz-verzekerden», valt. Zijn dit bijvoorbeeld mensen die vanuit het buitenland komen, en hier een abortus ondergaan, of vallen hier nog andere mensen onder? Voorts vragen zij – evenals de leden van de ChristenUnie – of er een inhoudelijk verschil is tussen niet-Wlz-gerechtigden en niet-Wlz-verzekerden, of is dit een andere aanduiding van hetzelfde begrip, zo vragen zij.

De kring van Wlz-verzekerden bestaat uit iedereen die in Nederland woont of buiten Nederland woont, maar in Nederland werkt en aan de loonbelasting onderworpen is. Iemand die daartoe behoort, is automatisch verzekerd voor de Wlz, ongeacht of die verzekerde dat wil of niet. Hierop gelden enkele uitzonderingen, zoals buitenlandse diplomaten en ambtenaren, en personeel van volkenrechtelijke organisaties. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Verder zijn vreemdelingen die illegaal of zonder verblijfsvergunning legaal in Nederland verblijven uitgesloten van de Wlz-verzekering. Zij zijn er in eerste instantie zelf voor verantwoordelijk dat de kosten van aan hen verleende medische zorg

worden betaald. Indien zij niet in staat blijken de rekening te betalen, kunnen zorgaanbieders onder omstandigheden een beroep doen op een in de Zvw opgenomen bijdrageregeling, die geldt voor zowel Zvw- als Wlz-zorg. De ontheffing die gemoedsbezwaren hebben op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) wijkt in de Wlz niet af van de AWBZ. Gemoedsbezwaarden hoeven zich niet zelf in te schrijven. Ook de uitzondering voor militairen die via Defensie zijn verzekerd, wordt in de Wlz op dezelfde wijze geregeld als in de AWBZ. De Wlz is niet van toepassing op Caribisch Nederland (Bonaire, St. Eustatius en Saba, tezamen ook wel de BES-eilanden genoemd). Caribisch Nederland heeft namelijk een eigen zorgverzekering die zowel de curatieve als de langdurige zorg omvat en is toegespitst op de specifieke situatie van de eilanden. Dit is geregeld in het Besluit zorgverzekering BES. Een Wlz-gerechtigde is een Wlz-verzekerde die recht heeft op Wlz-zorg. Niet iedere Wlz-verzekerde heeft ook recht op Wlz-zorg. Voor Wlz-zorg heeft een Wlz-verzekerde een indicatiestelling van het CIK nodig. Met niet Wlz-gerechtigde wordt in de voorhangbrief niet Wlz-verzekerde bedoeld.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen voorts of de Minister inzicht kan geven in het aantal gedeclareerde verrichtingen over 2014 van niet-Wlz-verzekerden? Voor welk bedrag werd in dat jaar totaal gedeclareerd?

Niet-Wlz-verzekerden betalen zelf rechtstreeks aan de abortusklinieken voor de abortushulpverlening. Het aantal behandelingen van vrouwen die niet in aanmerking komen voor de subsidieregeling (tegenwoordig niet Wlz-verzekerden) besloeg in 2013 ongeveer 12% van het totaal aantal behandelingen. Over 2014 zijn geen volledige onderzoeksgegevens bekend.

Deze leden willen voorts weten of zij het goed begrepen hebben dat er voor de Wlz-verzekerden niets wijzigt en of ik niet voornemens ben ook voor deze groep iets te wijzigen. De leden hebben goed begrepen dat de wijziging van een vast tarief in een maximum tarief alleen betrekking heeft op de niet-Wlz-verzekerden. Voor de Wlz-verzekerden is de financiering van de abortuszorg op grond van de Kaderwet VWS-subsidies geregeld, en wel in de Subsidieregeling abortusklinieken. Behandelingen in ziekenhuizen worden vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet als medisch specialistische zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen voorts naar het effect op het aantal verrichtingen door wijziging van de tariefsoort? Welk effect wordt verwacht op het totale budget aan hulpverlening bij het afbreken van zwangerschap? Krijgen de abortusklinieken middels deze wijziging per saldo meer of minder financiële middelen bij gelijk aantal verrichtingen? De maximumtarieven zullen op dezelfde wijze worden berekend als de huidige vaste tarieven. Er is geen verplichting om een lager tarief te gebruiken. Zij kunnen – rekening houdend met hun eigen financiële verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering – ervoor kiezen om gebruik te maken van de mogelijkheid een lager tarief te gebruiken of om dit niet te doen. Ik verwacht dat de invoering van de maximumtarieven vrijwel geen effect zal hebben op het aantal behandelingen en het totale budget aan hulpverlening.

Deze leden willen daarnaast weten wat ik hoop te bewerkstelligen als abortusklinieken zelf meer verantwoordelijkheid krijgen over hun eigen middelen? Ligt er ook een zorginhoudelijk argument ten grondslag aan deze wijziging? Is het de verwachting dat er meer middelen beschikbaar zullen zijn voor counseling en controles, zo vragen zij?

Zoals ook aangegeven bij de beantwoording van de vragen van de SP-fractie, is de subsidieregeling aangepast. De abortusklinieken hebben sinds enkele jaren meer verantwoordelijkheid voor hun financiën. De klinieken kunnen enige reserve opbouwen en een gezondere bedrijfsvoering realiseren. Dit betekent ook dat tekorten niet meer door VWS

zullen worden aangevuld (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 169). De wijziging voor niet-Wlz-verzekerden om het vast tarief om te zetten in een maximumtarief past bij de verantwoordelijkheid van de klinieken voor hun financiën. De klinieken zijn voorstander van een flexibel tarief, zodat ze in voorkomende gevallen af kunnen wijken van het nu gehanteerde vaste tarief. De wijziging van het vaste tarief in een maximumtarief heeft niet tot doel dat er meer middelen beschikbaar komen voor counseling en controles.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen ten slotte of ik de mening deel dat gesprekken bij voorkeur in een neutrale omgeving zouden moeten plaatsvinden om zorgvuldige counseling en besluitvorming te garanderen. Een niet-neutrale omgeving (zoals een abortuskliniek) zou volgens deze leden de besluitvorming kunnen beïnvloeden. Zij vragen of hiervoor niet meer aandacht zou moeten zijn.

Voor mij staan de kwaliteit, de veiligheid en de zorgvuldigheid van de abortuszorg voorop. Zorgvuldige counseling en besluitvorming is daarin essentieel. Uit het rapport «Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering», van de IGZ, blijkt dat de voorlichting, counseling en nazorg goed geregeld is (p. 15). Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) heeft in 2011 de «Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen» gepubliceerd. Hierin staan normen en aanbevelingen voor professionele begeleiding van vrouwen, zodat zij een weloverwogen besluit kunnen nemen over het al dan niet afbreken van de zwangerschap. Belangrijke aspecten daarin zijn onder meer het toetsen van de vrijwilligheid en het voorlichten over behandelmethodes. Ik zie geen aanleiding om te veronderstellen dat de counseling en de besluitvorming nu niet neutraal zouden zijn, noch om te veronderstellen dat hiervoor meer aandacht nodig is.

De leden van de SGP-fractie vragen of de wijziging van de financiering alleen van toepassing is op klinieken, of ook op ziekenhuizen. Zij geven aan graag een overzicht te ontvangen van hoe de financiering van abortus nu geregeld is, en welke financieringstromen er na de beoogde aanwijzing zullen zijn.

De tarieven zijn alleen van toepassing op abortusklinieken. Voor Wlz-verzekerden is de financiering geregeld op grond van de Kaderwet VWS subsidies, namelijk in de Subsidieregeling abortusklinieken. Niet-Wlz-verzekerden betalen de abortuszorg zelf rechtstreeks aan de abortuskliniek. Voor deze groep is er geen financieringstroom. Behandelingen in ziekenhuizen worden vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet als medisch specialistische zorg. Hiervoor is een medische indicatie nodig. De aanwijzing brengt geen verandering in deze financieringssystematiek.

De leden van de SGP-fractie geven aan graag een nadere toelichting te ontvangen op de stelling dat het huidige vaste tarief niet meer past binnen de nieuwe bekostigingssystematiek voor de abortushulpverlening. Zoals vermeld in reactie op de vragen van de SP-fractie heeft de NZa aangegeven dat een maximumtarief voor abortushulpverlening beter aansluit bij de wijze van bekostiging in de curatieve zorg, waar vaste tarieven vrijwel niet meer worden gebruikt. De wijziging van een vast tarief in een maximumtarief maakt voorts meer flexibiliteit mogelijk. Hierdoor kunnen de abortusklinieken betreffende tarieven laten aansluiten op hun eigen bedrijfsvoering. Omdat voor verlaging van het tarief geen aanvraag nodig is bij de NZa worden bovendien de administratieve lasten verlaagd.

De leden van de SGP-fractie geven voorts aan te lezen dat de vergoeding voor Wlz-verzekerden plaatsvindt op basis van het aantal verrichtingen dat heeft plaatsgevonden in een jaar en dat klinieken geprikkeld worden meer kostenbewust te opereren. Zij vragen aan toe te lichten hoe dit contracteerproces in de praktijk werkt. Op basis van welke criteria wordt

bepaald of wordt overgegaan tot financiering van een kliniek? Deze leden geven tevens aan te lezen dat vergoeding als gevolg van de beoogde wijziging voor niet-Wlz-gerechtigden meer plaats gaat vinden op basis van het aantal verrichtingen dat heeft plaatsgevonden in een jaar en dat de klinieken geprikkeld worden om meer kostenbewust te opereren. Zij vragen mij aan te geven of het de bedoeling van de wijziging is om een prikkel in te bouwen voor minder abortussen. Zo ja, hoe werkt deze prikkel? Zij vragen voorts hoe ik dit doel wil bereiken en vragen daarbij concrete cijfers en procenten te geven. Tot slot vragen de leden van de SGP-fractie wie de onderhandelingen hierover voert met de klinieken. Bij de abortusklinieken is er noch voor de Wlz-verzekerden, noch voor de niet Wlz-verzekerden sprake van contractering. Er vindt geen zorginkoop plaats zoals onder de Zorgverzekeringswet. Er vinden dan ook geen onderhandelingen plaats. Voor de Wlz-verzekerden vindt financiering plaats op basis van de Subsidieregeling abortusklinieken. Klinieken die een vergunning hebben op basis van de Wet afbreking zwangerschap en die voldoen aan de voorwaarden die daarin beschreven zijn ontvangen subsidie op basis van het aantal verrichtingen dat in een jaar heeft plaatsgevonden. Voor niet-Wlz-verzekerden geldt geen vergoeding. Zij betalen zelf rechtstreeks aan de abortuskliniek voor de geleverde abortuszorg. Bij niet-Wzl-verzekerden is er dus geen sprake van vergoeding voor het aantal verrichtingen dat in een jaar heeft plaatsgevonden. De wijziging van vast tarief naar maximumtarief beoogt geen prikkel te zijn ten aanzien van het aantal abortussen.