

Vergaderjaar 2023–2024

29 214

Subsidiebeleid VWS

Nr. 105 HERDRUK¹

Ter griffie van de Tweede Kamer der Staten-Generaal ontvangen op 9 september 2024.

De wens om over de voorgenomen voordracht voor de vast te stellen ministeriële regeling nadere inlichtingen te ontvangen kan door of namens de Kamer of door ten minste dertig leden van de Kamer te kennen worden gegeven uiterlijk op 9 oktober 2024.

De voordracht voor de vast te stellen ministeriële regeling kan niet eerder worden gedaan dan op 10 oktober 2024 dan wel binnen veertien dagen na het verstrekken van de in de vorige volzin bedoelde inlichtingen.

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 september 2024

De Subsidieregeling kunstmatige inseminatie met donorsemen (verder: subsidieregeling) vergoedt sinds 2020 KID-behandelingen (kunstmatige inseminatie met donorsemen) en het bijbehorende fertiliteitsonderzoek voor vrouwen zonder mannelijke partner.² Bij deze doelgroep konden KID-behandelingen niet meer vergoed worden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) omdat, door ontbreken van een mannelijke partner, geen sprake is van een medische indicatie. De subsidieregeling is toen ingesteld om de financiering van KID-behandelingen inclusief het basis oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO) voor deze groep toch te continueren. De subsidie wordt verleend aan instellingen die de KID-behandeling kunnen uitvoeren in Nederland.

Op grond van de Comptabiliteitswet 2016 worden subsidieregelingen altijd voor een periode van maximaal vijf jaar ingesteld. Na afloop van deze periode wordt op basis van een evaluatie besloten of de regeling wordt verlengd. De KID subsidieregeling is in de eerste helft van 2024 geëvalueerd, om te beoordelen of deze verlengd kan worden na 1 januari 2025, voor weer een periode van vijf jaar. Bijgevoegd vindt u het evaluatierapport.

De conclusie van de evaluatie is dat de KID subsidieregeling doeltreffend en doelmatig is: de subsidieregeling heeft bijgedragen aan toegankelijkheid van deze zorg voor deze groep cliënten nadat vergoeding op grond van de Zvw voor hen niet meer mogelijk was. Omdat gecontinueerde financiering van deze zorg wenselijk is, zal ik de subsidieregeling per 1 januari 2025 voor vijf jaar verlengen.

¹ I.v.m. een correctie in de termijntekst

² Waar in deze brief wordt gesproken over vrouwen zonder mannelijke partner wordt steeds bedoeld: vrouwenparen, alleenstaande vrouwen en vrouwen met een mannelijke partner die als vrouw is geboren.

In het rapport wordt een aantal knelpunten en mogelijke oplossingen genoemd. In deze brief zal ik ingaan op het vervolg dat ik geef aan de conclusies van de evaluatie.

Vanwege de tijdslijnen voor het definitief maken van de subsidieregeling, die op tijd gepubliceerd moet worden zodat klinieken zich daarop kunnen voorbereiden, zal ik in eerste instantie de regeling grotendeels ongewijzigd verlengen.

De conceptregeling is bijgevoegd, ten behoeve van de voorhangprocedure.

Tegelijkertijd zal ik de komende periode onderzoeken in hoeverre het op basis van de evaluatie wenselijk is de regeling aan te passen voor het opvolgende subsidiejaar (2026). Voor gedetailleerde uitleg over bepaalde onderdelen van de subsidieregeling waarnaar in deze brief wordt verwezen (bijvoorbeeld de meldplicht, eigen betaling, de samenhang met de Zvw bij uitgebreid OFO, etc.) verwijs ik naar het evaluatieverslag. Hieronder ga ik dieper in op de aanbevelingen uit het evaluatierapport.

Administratieve lasten en gevoel van ongelijke behandeling als grootste knelpunt

In het algemeen geldt dat de financiering van deze zorg via de subsidieregeling tot een verhoging van administratieve lasten heeft geleid. Enerzijds omdat er voor instellingen voor deze zorg een aparte financieringsstroom bij is gekomen, naast de financieringsstroom voor dezelfde zorg vanuit de Zvw. Anderzijds hebben ook bepaalde keuzes die voor de regeling gemaakt zijn – zoals de verplichte eigen betaling – aanleiding gegeven tot extra administratieve lasten. Belangrijk onderdeel hiervan is ook dat hier in de spreekkamer uitleg over moet worden gegeven.

Vanuit de behandelende klinieken en de doelgroep bestaat een sterke roep om de oude situatie (vergoeding vanuit de Zvw) weer te herstellen. Dit is niet enkel ingegeven vanuit de administratieve lasten, maar ook omdat het gevoel blijft bestaan dat er sprake is van ongelijke behandeling.

Juridisch gezien is geen sprake van ongelijke behandeling omdat voor iedereen hetzelfde criterium geldt: als er sprake is van een medische indicatie, wordt de behandeling vergoed vanuit de Zvw, en anders niet. Dit betekent echter niet dat in de praktijk de cliënten waar het om gaat zich gelijk behandeld voelen. Dit zijn begrijpelijke gevoelens.

Voor opname in het basispakket van de Zvw geldt op dit moment als uitgangspunt dat er sprake moet zijn van een medische indicatie. Uitzonderingen maken op dit uitgangspunt zou bredere consequenties kunnen hebben, buiten deze regeling. Een dergelijke wijziging vraagt daarom een bredere discussie en is daarmee niet uitvoerbaar voor 1 januari 2025. Financiering op grond van de Zvw vormt dus geen reëel alternatief voor de continuering van de financiering van deze zorg onmiddellijk na 1 januari 2025.

Hieronder zal ik verder ingaan op de oplossingen die in het rapport zijn voorgesteld voor de administratieve lasten en andere knelpunten.

Aanpassen van (regels voor handhaving van) de meldplicht en mogelijkheid van nabetaling

Uit de evaluatie blijkt dat de meldplicht in combinatie met het boetebeleid, en het gegeven dat de vaststelling van de subsidie is gemaximeerd op de

hoogte van de aanvraag door instellingen, als te streng wordt ervaren. De meldplicht dient ertoe om te zorgen dat, als in de loop van het jaar blijkt dat er minder subsidiegeld nodig is dan verwacht, dit tijdig wordt doorgegeven. Zo kan het Ministerie van VWS hier rekening mee houden in de begrotingscyclus en de bevoorschotting eventueel bijstellen.

Deze specifieke subsidieregeling gaat echter gepaard met relatief veel onzekerheden die buiten de invloedssfeer van de klinieken liggen (aanbod cliënten, aantal benodigde pogingen, beschikbaarheid van geschikt donorzaad, de vraag of er sprake is van een medische indicatie). Die onzekerheid blijft gedeeltelijk ook tot (voorbij) het eind van het subsidiejaar bestaan, omdat er op basis van het OFO alsnog een medische indicatie naar voren kan komen.

Hierdoor zijn de verschillen tussen aanvraag en vaststelling relatief groot. Zo komt het geregeld voor dat in de loop van het jaar een kliniek een herziene aanvraag indient met een verlaging van het aantal behandelingen om een boete te voorkomen, maar dat bij de vaststelling het aantal uitgevoerde behandelingen toch hoger blijkt dan de herziene aanvraag.

Om deze reden wordt met de aangepaste regeling tot een bepaalde marge (tot 15%) nabetaling mogelijk gemaakt, zodat de vaststelling hoger kan zijn dan de (herziene) aanvraag die in het subsidiejaar heeft plaatsgevonden. Dit wordt gemaximeerd tot 15% om een prikkel te houden dat klinieken melding maken als in de loop van het jaar het bedrag lager uitvalt, zodat de bevoorschotting daarop aangepast kan worden en er rekening mee gehouden kan worden in de begroting. Ook met de bestaande onzekerheden geeft deze 15% marge voldoende ruimte om de verschillen die eventueel in laatste maanden van het jaar kunnen optreden, op te vangen.

Afschaffen eigen betaling

Een belangrijk knelpunt dat tot administratieve lasten leidt, is de eigen betaling. Het doel van de eigen betaling is de situatie zo veel mogelijk gelijk te trekken met de situatie voor vrouwen (met een medische indicatie) bij wie de behandeling wel uit de Zvw wordt betaald. Voor deze laatste groep geldt immers dat het eigen risico aangesproken moet worden. Helaas is het niet goed mogelijk om de situatie geheel gelijk te trekken; er kan vanuit de subsidieregeling geen rekening worden gehouden met de vraag of de vrouw op basis van een andere behandeling het eigen risico al (gedeeltelijk) heeft aangesproken. Bij het tot stand komen van de regeling is daarom besloten de eigen betaling voor deze regeling vast te stellen op de helft van de hoogte van het eigen risico.

De eigen betaling brengt administratieve lasten mee: naast de praktische kant (het innen van het bedrag) gaat het dan ook om de uitleg over deze eigen betaling. Op basis van het evaluatierapport kan de vraag gesteld worden of de eigen betaling wel proportioneel is, gezien de nadelen.

Aan de andere kant zou het afschaffen van de eigen betaling als consequentie hebben dat vrouwen die wel een medische indicatie hebben (en het eigen risico moeten aanspreken) benadeeld lijken te worden ten opzichte van deze doelgroep. Daarnaast zou het afschaffen budgettaire consequenties voor de begroting van VWS hebben die breder afgewogen moeten worden in verband met de gemaakte afspraken over subsidies in het hoofdlijnenakkoord 2024–2028 en de uitwerking die daaraan gegeven wordt. Ook hiervoor geldt dat dit in elk geval voor 1 januari 2025 niet uitvoerbaar zal zijn.

Opnemen van uitgebreid OFO en consult na traject in de subsidieregeling

Uit het evaluatierapport blijkt ook dat de eerder genoemde administratieve lasten worden verzwaard doordat aan het begin van het traject het niet altijd bekend is of het oriënterend fertiliteitsonderzoek via de subsidieregeling of de Zvw vergoed moet worden. In het laatste geval (als uit het basis OFO een vermoeden naar voren komt van een medische indicatie) moet toch weer het eigen risico aangesproken worden, wat leidt tot vragen van cliënten. Er is vaak extra onbegrip als er uit het aanvullende onderzoek geen medische indicatie naar voren is gekomen en de rest van het traject vervolgens weer vanuit de subsidieregeling vergoed wordt.

Het zou praktisch beter uitvoerbaar zijn als altijd het hele traject (zowel OFO als KID behandelingen) uit dezelfde financieringsstroom wordt betaald. Dit zou betekenen dat het uitgebreid OFO, als er geen medische indicatie uit naar voren komt, voortaan op grond van de subsidieregeling wordt vergoed. Als er uit het (uitgebreide) OFO wel een medische indicatie naar voren komt, zou het hele traject via de Zvw vergoed moeten worden.

In de praktijk zou dan in sommige situaties een handeling waarop aanspraak bestaat uit de Zvw, gefinancierd worden op grond van de subsidieregeling. Als er aanleiding bestaat om medische indicatie te vermoeden, bestaat er immers aanspraak op vergoeding van de diagnostiek uit de Zvw, ook al blijkt er geen medische indicatie te zijn. Dit brengt ook met zich mee dat er voor deze oplossing goed gekeken moet worden naar het risico op dubbele betaling. Bovendien heeft het praktische consequenties, omdat geld overgeheveld moet worden vanuit de premiegefinancierde zorg naar de begroting van VWS en er tarieven moeten worden vastgesteld.

Bovengenoemd probleem en de mogelijke oplossing hangen samen met de eigen betaling. Ook deze kwestie zal in 2025 in samenhang worden bekeken met het hoofdlijnenakkoord 2024–2028 en de uitwerking die hieraan gegeven wordt.

Registratie van het aantal behandelde cliënten afschaffen

Een andere mogelijke aanpassing die wordt voorgesteld in de evaluatie betreft het afschaffen van de huidige verplichting om bij de vaststelling van de subsidie het aantal behandelde cliënten door te geven. Doordat behandeltrajecten over de jaargrenzen heen kunnen lopen, worden cliënten dubbel geregistreerd. De informatie dient hierdoor niet het beoogde doel en wordt (mede doordat cijfers niet betrouwbaar zijn door dubbele telling) nergens voor gebruikt. Op basis van het aantal OFO's (ook al is dat niet altijd voldoende volledig) kan een voldoende beeld naar voren komen van eventuele ontwikkelingen in het aantal behandelde vrouwen. Deze verplichting zal daarom geschrapt worden. Omdat dit om een kleine en relatief simpele wijziging gaat, die tevens een (beperkte) lastenverlichting betekent, kan dit al worden doorgevoerd per 1 januari 2025.

Verbeterslag in informatievoorziening voor cliënten

Tot slot is er de aanbeveling om in aanvullende informatievoorziening op B1-niveau voor cliënten over de subsidieregeling te voorzien. Hier zal ik vervolg aan geven door, in overleg met de klinieken en uitvoeringsinstantie, dergelijke informatie te voorzien op een centrale website.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans