

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1594

Vragen van de leden **Schippers** (VVD) en **Buijs** (CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *medisch noodzakelijke zorg en het ziekenfondspakket*. (Ingezonden 4 april 2005)

1

Deelt u de mening dat medisch noodzakelijke zorg, die niet voor eigen risico en rekening kan komen, werkzaam en doelmatig is, in het ziekenfondspakket thuishoort?

2

Is het u bekend dat een aantal medische handelingen dat aan de criteria voldoet per 1 januari jl. (onbedoeld) uit het pakket is verwijderd, en dus niet meer wordt vergoed?

3

Is het bijvoorbeeld uw bedoeling om plastisch chirurgische ingrepen, die medisch noodzakelijk, kostbaar, werkzaam en doelmatig zijn, uit het ziekenfondspakket te halen?

4

Is het u bekend dat naast rituele besnijdenis ook besnijdenis kan voorkomen die wel medisch is geïndiceerd? Wat zijn de gemiddelde kosten van zo'n besnijdenis?

5

Is het u bijvoorbeeld bekend dat maagverkleiningsoperaties, dan wel operaties waarbij een ballon in de

maag wordt geplaatst ter bestrijding van ernstige vormen van overgewicht, worden vergoed? Is het u ook bekend dat in veel gevallen het gewichtsverlies, dat een direct gevolg is van deze ingrepen, dusdanig groot is dat dit ernstige fysieke klachten met zich meebrengt, die een medische indicatie vormen voor een buikwandcorrectie?

6

Is het waar dat de medisch noodzakelijke ooglidcorrecties, die bijvoorbeeld aansluitend op de oogkasverruimende operaties in het kader van de ziekte van Graves moeten volgen, niet meer in het ziekenfondspakket vallen?

7

Bent u van mening dat deze voorbeelden corrigerende operaties zijn die eigenlijk onderdeel uitmaken van een veel bredere, medisch noodzakelijke behandeling, waardoor er geen sprake zal zijn van een te soepele indicatiestelling?

8

Bent u van mening dat deze medisch noodzakelijke ingrepen vallen onder de categorie «verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting»? Volgt hieruit niet dat deze puur medisch noodzakelijke ingrepen, die helder zijn af te bakenen, nog steeds onderdeel uitmaken van het ziekenfondspakket? Zo niet, bent u bereid het College voor Zorgverzekeringen advies te vragen

over het ongedaan maken van de onwenselijke gevolgen van deze pakketmaatregelen, terwijl de beoogde pakketversobering van niet medisch geïndiceerde zorg of zorg die wel voor eigen risico en rekening kan komen intact blijft?

Antwoord

Antwoord van minister **Hoogervorst** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (Ontvangen 4 mei 2005)

1

Ik onderschrijf deze opvatting als uitgangspunt. Naast dit uitgangspunt kunnen bij besluitvorming over het verzekerde pakket nog andere criteria worden gehanteerd. Dit is gebeurd bij de pakketmaatregelen in de curatieve zorg die per 1 januari 2005 zijn doorgevoerd. In de begroting 2005 (Kamerstuk 29 800 XVI, nr. 2, blz. 52) heb ik de criteria genoemd die bij deze pakketmaatregelen zijn toegepast.

Met mijn brief van 17 december 2004 (Kamerstuk 29 800 XVI, nr. 97) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over het verwijderen uit het pakket van de besnijdenis en de argumentatie voor die maatregel.

2

Bij de pakketmaatregelen in de curatieve zorg zijn in een aantal gevallen ook behandelingen van vergoeding uitgesloten die een geneeskundig doel hebben. Dit is de consequentie van toepassing van het criterium dat behandelingen worden

uitgesloten die een onverklaarbare grote variatiebreedte hebben en van het criterium dat behandelingen worden uitgesloten die in de meeste gevallen niet strikt medisch noodzakelijk zijn. Zoals ik in de toelichting bij mijn regeling van 17 december 2004, Z/VU-2545226 (Stcrt. 248) heb aangegeven, heb ik me deze consequentie gerealiseerd. Desondanks heb ik tot deze pakketbeperkingen besloten omdat het hanteren van een onderscheid medisch noodzakelijk versus niet-medisch noodzakelijk, aanleiding zou kunnen geven voor oneigenlijke of niet-aanmemelijke argumentaties om te bereiken dat de behandeling toch door de verzekering vergoed wordt.

3

Ik verwijs naar de antwoorden op de vragen 1 en 2.

4

Ja, dat heb ik ook aangegeven in mijn hiervoor genoemde brief van 17 december 2004.

De kosten van een besnijdenis uitgevoerd in een ziekenhuis bedragen minimaal ongeveer € 815. De tarieven van een besnijdenis kunnen van ziekenhuis tot ziekenhuis op basis van CTG-tarieven aanzienlijk verschillen vanwege de per ziekenhuis uiteenlopende toeslagen op het dbc-tarief. De patiënt kan hiervoor ook terecht in zogenaamde besnijdeniscentra, waar de behandeling circa € 215 kost.

5

Het is mij bekend dat de in deze vraag bedoelde ingrepen worden vergoed, indien de betreffende ingrepen in de specifieke situatie van de patiënt behoren tot de gebruikelijke zorg. Voor het tweede deel van de vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 2.

6

Behandeling van oogleden vanwege de ziekte van Graves zit nog steeds in het ziekenfondspakket, indien het daarbij gaat om het voorkomen van uitdroging van het hoornvlies.

7

Neen.

8

Geen van bedoelde ingrepen voldoen aan het begrip verminking zoals dat door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wordt uitgelegd.

Gezien het antwoord op vraag 2 zie ik geen aanleiding mij tot het CVZ te wenden.