

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

1562

Vragen van het lid **Van der Veen** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *selectieve zorginkoop door verzekeraars* (ingezonden 23 december 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 februari 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1210.

Vraag 1

Bent u op de hoogte van de tussenuitspraak van de College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB)-rechter in de zaak van de Stichting Afweerstoornissen en de Schildklierstichting Nederland tegen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)?¹

Antwoord 1

Ik neem aan dat u doelt op de uitspraak die u aanhaalt in voetnoot 2. Daarvan ben ik op de hoogte.

Vraag 2 en 10

Wat is uw mening over deze uitspraak in relatie tot de uitspraak van College voor Zorgverzekeringen (CVZ)?¹ Bent u van mening dat de aanspraak van een specialistisch geneesmiddel beperkt dient te kunnen worden tot een bepaalde zorgverlener als er sprake is van een dubbele aanspraak? Wat is de mening van het CVZ in deze?

Bent u van plan het Besluit zorgverzekering aan te passen, zoals de CBB-rechter in zijn uitspraak, aanbeveelt zodat doelmatige zorginkoop kan plaatsvinden en geen dubbele aanspraken mogelijk zijn? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2 en 10

In beginsel ben ik van oordeel dat de handelswijze van Menzis om de aanspraak te beperken tot een bepaalde zorgverlener in lijn is met het beleid ten aanzien van selectieve inkoop. De definitieve uitspraak van het CBB is echter bindend. Ik ga er vanuit dat de definitieve uitspraak in overeenstemming zal zijn met de tussenuitspraak van 8 december 2011. Daarom onderzoek ik op dit moment of een andere manier van toepassing dan wel

¹ 28-01-2003 kenmerk UB/23005302.

wijziging van de regelgeving tegemoet kan komen aan dit vraagstuk. Ik ben voornemens uw Kamer in maart nader te informeren over deze kwestie.

Vraag 3

In hoeverre heeft de NZa de polisvoorwaarden van 2010, 2011 en 2012 goedgekeurd van verzekeraars die de aanspraak van bijvoorbeeld immunoglobulines beperken tot de aanspraak geneeskundige zorg? Wat is uw mening over deze uitspraak in relatie tot de beantwoording van schriftelijke vragen?^{2 3}

Antwoord 3

De NZa is bij het toetsen van polissen uitgegaan van de duidingen van het CVZ. Zoals ik in mijn antwoord op de vragen 2 en 10 heb geschreven ga ik er vanuit dat de definitieve uitspraak in overeenstemming zal zijn met de tussenuitspraak van 8 december 2011. Verzekeraars zullen alsdan extramurale aanspraken op de betreffende middelen moeten honoreren. Daarnaast zullen zij hun polissen zo nodig in overeenstemming moeten brengen met de definitieve uitspraak van het CBB. Menzis heeft de polissen inmiddels al aangepast.

Vraag 4

Bent u van mening dat verzekeraars selectieve zorginkoop moeten toepassen? Bent u van mening dat selectieve zorginkoop noodzakelijk is voor doelmatigheid in de zorg? Hoe is dit te rijmen met deze uitspraak?

Antwoord 4

Ik ben van oordeel dat het wenselijk is dat zorgverzekeraars selectieve zorginkoop toepassen. Ook ben ik van oordeel dat dit noodzakelijk is om de doelmatigheid van de zorgverlening te vergroten en verwacht ik dat dit leidt tot een geleidelijke verhoging van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze uitspraak van het CBB beperkt de vrijheidsgraden van de verzekeraar tot selectieve zorginkoop. Zoals reeds in het antwoord op de vragen 2 en 10 is aangegeven beraad ik mij op de ontstane situatie en ben ik voornemens uw Kamer in maart nader te informeren over deze kwestie.

Vraag 5

Wat is het verschil in gedeclareerde kosten van bijvoorbeeld immunoglobuline IV tussen de extramurale aanspraak (Z-index prijs) en de gemiddelde prijs in de nacalculatie van ziekenhuizen (enquête NZa GNIP)?

Antwoord 5

De prijzen die ziekenhuizen momenteel bedingen zijn mij niet bekend. Uit 2008 zijn mij wel cijfers bekend. Uit onderzoek van de NZa (Advies bekostiging dure – en weesgeneesmiddelen – onderzoeksresultaten X-factor, NZa oktober 2008) volgde dat er bij immunoglobulinen kortingen van 43% werden bedongen door ziekenhuizen.

Vraag 6

Kunt u aangeven hoe groot de kostenstijging zal zijn als de immunoglobuline IV niet meer via de aanspraak geneeskundige zorg wordt gefinancierd, maar extramuraal tegen de taxe-prijs?

Antwoord 6

Dit is lastig in te schatten. Ik heb geen zicht op de actuele inkooprijzen voor immunoglobulinen door ziekenhuizen. De huidige gedeclareerde totale uitgaven door ziekenhuizen aan immunoglobulinen bedroegen in 2010 ongeveer 20 miljoen euro. Zoals volgt uit het antwoord op vraag 5 heeft de NZa in 2008 bekend gemaakt dat er bij immunoglobulinen kortingen van 43% werden bedongen door ziekenhuizen.

² Tussenuitspraak College van Beroep voor het bedrijfsleven, A WB 10/1309 en 10/1310 T 13950, dd 8-12-2011.

³ 2010Z10296, Aanshangsel: 09102912 10110006 1-7-2010.

Vraag 7

In hoeverre acht u het mogelijk en realistisch dat een verzekeraar afspraken met ziekenhuizen kan maken over de financiering van specialistische geneesmiddelen (zoals voorgesteld in de CBB-uitspraak) terwijl het ziekenhuis financieel voordeliger uit is wanneer van de dubbele aanspraak gebruik wordt gemaakt?

Antwoord 7

De zorgverzekeraar kan de aanspraak op specialistische geneesmiddelen die zowel onder farmaceutische zorg als onder geneeskundige zorg vallen, niet meer via de polis beperken tot geneeskundige zorg. In het kader van de zorginkoop is het echter in beginsel nog steeds mogelijk om hierover afspraken te maken met ziekenhuizen. Op voorhand is niet in te schatten in hoeverre zorgverzekeraars alsnog afspraken gaan maken met ziekenhuizen.

Vraag 8

Zijn de kosten van bestaande behandelingen met specialistische geneesmiddelen meegenomen in de tariefberekening van de Diagnose Behandelingscombinaties (DBC)-zorgproducten? Wat betekent het voor deze tariefberekening dat door de CBB-uitspraak een zorgverzekeraar geen doelmatigheidskeuze meer mag maken en (dure) specialistische geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld reserve antibiotica zowel onder de aanspraak geneeskundige zorg zijn opgenomen, als een Geneesmiddelen Vergoedingsstelsel (GVS)-vergoeding kennen?

Antwoord 8

De kosten van bestaande behandelingen met specialistische geneesmiddelen zijn alleen in de tariefberekening van een DBC meegenomen indien deze middelen niet zijn opgenomen op de lijst dure geneesmiddelen. Voor middelen op de lijst van dure geneesmiddelen is de beleidsregel dure geneesmiddelen van toepassing, die de vergoeding in het budget voor de instelling bepaalt. Uitgangspunt voor de overige middelen is dat deze in de tariefberekening van de DBC worden meegenomen.

De CBB uitspraak heeft geen invloed op de huidige tariefberekening van DBC's. Voor zover behandelingen samenhangen met geneeskundige zorg zal het middel bekostigd worden via de beleidsregel dure geneesmiddelen of via de DBC indien het middel niet op de lijst van dure geneesmiddelen staat.

Vraag 9

Is het waar dat de uitspraak van de CBB rechter de tariefberekening voor de DBC-zorgproducten voor ziekenhuisverplaatste zorg met specialistische geneesmiddelen die niet als aanvullende zorgprestaties (add-on) kunnen worden gefinancierd, ontkracht? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Nee. In de zorgproducten zijn alle met de behandeling samenhangende kosten meegenomen. Dit betekent dat de zorgverzekeraar en het ziekenhuis een integrale prijsafspraken maken, dus inclusief de kosten voor geneesmiddelen. Alleen bij dure geneesmiddelen (die op de beleidsregel dure geneesmiddelen staan) ontvangen ziekenhuizen afzonderlijke financiering via de zogenoemde add-ons.