

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

**Herziening Zorgstelsel**

Nr. 273

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 september 2009

Tijdens het Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet dat op 2 juli (kamerstuk 29 689, nr. 270) heeft plaatsgevonden zijn enkele vragen gesteld, waarvan ik heb toegezegd dat ik deze voor het einde van het reces schriftelijk beantwoord. Het betreft de vraag van mevrouw Wiegman (CU) over de stand van zaken van het preconceptieadvies, de vraag van de heer Zijlstra (VVD) over het versturen van rekeningen naar patiënten om daarmee onjuiste declaraties te voorkomen en tot slot de vraag van de heer Van der Veen (PvdA) om inzicht te geven in de grootste knelpunten die zich voordoen bij de FKG's in relatie tot de compensatie van het eigen risico. Ik ga hierna achtereenvolgens op deze onderwerpen in.

*Preconceptieadvies*

In mijn overleg met uw Kamer op 9 oktober 2008 (Kamerstuk 29 323, nr. 53) heb ik u ingelicht over mijn visie over het preconceptieconsult. Ik heb aangegeven dat ik opname van een dergelijk consult in het basispakket wil overwegen, maar alleen dan als er breed gedragen richtlijnen over de gewenste inhoud en reikwijdte van preconceptiezorg beschikbaar zijn. Het voortouw om deze richtlijnen te ontwikkelen ligt bij de betrokken beroepsgroepen, en dan denk ik met name aan huisartsen, gynaecologen en verloskundigen.

Helaas moet ik constateren dat de betrokken beroepsgroepen tot dusver geen consensus hebben weten te bereiken over de invulling van deze richtlijnen.

Om die reden heb ik besloten om eerst het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte af te wachten. Deze stuurgroep buigt zich immers ook over de preconceptiezorg en is samengesteld vanuit de betrokken beroepsgroepen. Ik heb met de voorzitter van de Stuurgroep afgesproken dat hij ook het RIVM-advies over de invulling van preconceptiezorg betreft dat ik na de zomer verwacht. In de tweede voortgangsbrief zwangerschap en geboorte van 9 juli 2009 heb ik u over deze lijn geïnfor-

meer. De bevindingen van de Stuurgroep, die aan het eind van dit jaar worden uitgebracht, kunnen vervolgens worden ingebracht in het traject voor een volgend pakketadvies van het CVZ. Met deze aanpak verwacht ik meer effect te bereiken dan via mijn aanvankelijk voornemen om het traject van richtlijnontwikkeling, zonodig, onder regie van het CVZ te laten verlopen. Nu is gebleken hoe gevoelig het onderwerp preconceptiezorg bij de betrokken beroepsgroepen ligt, lijkt me de breed samengestelde Stuurgroep het aangewezen gremium om te komen tot gedragen richtlijnen.

Voor het overige, gelden mijn eerder gemaakte opmerkingen aan uw Kamer. Namelijk dat preconceptiezorg nu reeds voor een belangrijk deel onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet valt. Bovendien kunnen zorgaanbieders via de zogenaamde Innovatieregeling preconceptieconsulten declareren, als zij daarvoor bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een gezamenlijk voorstel indienen. Daarmee ben ik van mening dat, in afwachting van het resultaat van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, het in huidige stelsel voldoende toegang tot preconceptiezorg bestaat.

#### *Rekeningen naar patiënten*

De heer Zijlstra heeft tijdens het AO aangegeven dat hij graag zou zien dat patiënten inzichtelijke rekeningen ontvangen over hun zorggebruik, omdat zij immers het beste kunnen beoordelen of ze die zorg ook daadwerkelijk hebben ontvangen.

Zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk om de diensten juist en inzichtelijk in rekening te brengen, zoals zij die hebben geleverd. Uit het oogpunt van kostenbesparing en als service richting verzekerden loopt het declaratieverkeer in toenemende mate rechtstreeks tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder of de zorgverzekeraar zou een kopie van de rekening aan de patiënt kunnen sturen. Beide partijen geven echter aan dat het doorsturen van (kopieën) van rekeningen naar patiënten tot hoge administratieve lasten leidt. Vanzelfsprekend hebben zorgverzekeraars ook er belang bij het voorkomen van onterechte of onjuiste betalingen. Zorgverzekeraars maken een afweging tussen de gevallen dat het loont om de rekening naar de patiënt door te sturen en in welke gevallen het niet loont. Ik kan mij voorstellen dat de zorgverzekeraar in kan schatten dat de kans op fouten bijvoorbeeld groter is bij bepaalde typen zorg of bij bepaalde zorgaanbieders. De afweging of de administratieve lasten van het versturen opwegen tegen de mogelijke besparingen die voortvloeien uit de «check» die de patiënt verricht op de rekening is primair aan de zorgverzekeraar. Het dwingend voorschrijven van bepaalde handelingen aan zorgverzekeraars, wordt beperkt door Europese regelgeving. Of de maatregelen reëel zijn hangt af van de proportionaliteit en ik verwacht dat het dwingend voorschrijven van het doorsturen van rekeningen als niet proportioneel wordt bevonden. Zoals gezegd, ga ik er vanuit dat het niet nodig is en zorgverzekeraars dit instrument zelf inzetten waar zij dit kansrijk achten. Ik wil hieraan toevoegen dat ik het doel dat de heer Zijlstra voor ogen staat, te weten dat verzekerden de gelegenheid krijgen de rekeningen over hun zorggebruik te beoordelen, in zijn algemeenheid kan onderschrijven. Ik zal de strekking daarvan tijdens het eerstvolgende bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland bespreken.

Overigens sturen zorgverzekeraars nu periodiek declaratieoverzichten naar hun verzekerden of bieden deze op aanvraag aan. Naast het declaratieoverzicht, bieden steeds meer verzekeraars ook de mogelijkheid aan hun verzekerden om de declaratiegegevens via internet te raad-

plegen. Dit is een laagdrempelige manier om de kosten transparant te maken. Uit onderzoek van ZN blijkt dat door het toezenden van declaratie-overzichten of kopieën van nota's aan verzekerden relatief weinig fouten of slordigheden in declaraties worden ontdekt.

#### *Compensatie eigen risico*

Tijdens het AO Zorgverzekeringswet op 2 juli jl. heb ik toegezegd dat ik de Kamer inzicht zal geven in de grootste knelpunten die zich voordoen bij de toepassing van de farmaceutische kostengroepen (FKG's) voor de compensatieregeling eigen risico en die bij het CAK bekend zijn.

De bij de toepassing van FKG's ervaren knelpunten laten zich herleiden tot het feit dat deze primair zijn ontwikkeld ten behoeve van de risico-verevening en niet voor de compensatie eigen risico. Er was en is geen gestandaardiseerde en operationele definitie beschikbaar van de groepen chronisch zieken en gehandicapten die voor compensatie van het verplicht eigen risico in aanmerking komen. Door het ontbreken van die definitie is er ook geen landelijk bestand aanwezig van de te compenseren verzekerden. Hiervoor moest dus een oplossing worden gevonden.

Uitgangspunt daarbij is geweest dat gebruik moet worden gemaakt van reeds aanwezige gegevensbestanden, die op uniforme wijze worden geregistreerd en die automatisch beschikbaar zijn. Voorwaarde hierbij is ook geweest dat de verzekerde deze compensatie niet zelf hoeft aan te vragen, maar deze automatisch – dus zonder daarvoor een aanvraag in te dienen – krijgt toegekend. Deze randvoorwaarden zijn gesteld om redenen van beschikbaarheid, snelheid en beheersing van uitvoeringskosten/ administratieve lasten van deze compensatieregeling.

Binnen het bestek van deze randvoorwaarden is besloten om voor de afbakening van de groepen verzekerden die voor compensatie verplicht eigen risico in aanmerking komen, gebruik te maken van de FKG's. De FKG's zijn ontworpen als onderdeel van het systeem van risicoverevening en zijn ook daarop ingericht. De samenstelling van de stofnamenlijst van de voor de FKG's relevante medicijnen, heeft dan ook plaatsgevonden met het oog op een zo goed mogelijk instrument in het kader van de risico-verevening.

Dit knelpunt leidt in de praktijk tot de volgende problemen.

#### *– FKG's omvatten niet alle chronische ziekte.*

De FKG's omvatten niet alle chronische ziektes waarvoor langdurig medicijngebruik noodzakelijk is. Zo zijn bijvoorbeeld chronische aandoeningen die relatief niet vaak voorkomen, niet in FKG's ondergebracht omdat deze in het kader van de risicoverevening van zorgverzekeraars van gering (financieel) belang zijn.

Dit leidt ertoe dat patiënten die lijden aan een relatief weinig voorkomende chronische aandoening waarvoor geen FKG bestaat, niet in aanmerking komen voor compensatie voor het verplicht eigen risico.

#### *– FKG's omvatten geen magistraal bereide geneesmiddelen en kliniekverpakkingen*

Voor risicoverevening tellen de magistraal bereide geneesmiddelen en de kliniekverpakkingen van geneesmiddelen niet mee voor de vaststelling van de FKG's. Omdat de zorgverzekeraars voor de indeling van verzekerden in FKG's voor de compensatieregeling eigen risico dezelfde farmaciegegevens aanleveren als zij voor de risicoverevening aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verstrekken, omvatten deze

farmaciegegevens niet de magistraal bereide geneesmiddelen en kliniekverpakkingen. Verzekerden die vanwege hun chronische aandoening in een jaar meer dan 180 standaarddagdoseringen aan magistrale geneesmiddelen of geneesmiddelen in de vorm van kliniekverpakkingen krijgen afgeleverd, worden daardoor niet in een FKG ingedeeld.

– *Einddatum aanlevering farmaciegegevens door zorgverzekeraars*  
Voor de indeling van verzekerden in FKG's ten behoeve van de compensatie eigen risico, leveren de zorgverzekeraars dezelfde farmaciegegevens aan die zij ook voor de risicoverevening aan het CVZ verstrekken.

Farmaciedeclaraties, die na die afsluitdatum worden ontvangen, kunnen niet meer worden meegenomen bij de FKG-vaststelling voor de risicoverevening en evenmin bij de indeling van verzekerden in FKG's ten behoeve van de compensatieregeling verplicht eigen risico.

Indien een verzekerde bezwaar (of vervolgens beroep) aantekent en daarbij aan het CAK toestemming geeft om bij zijn verzekeraar na te gaan of de gegevens over de aan hem voor rekening van de Zvw afgeleverde geneesmiddelen kloppen, wordt gecontroleerd of er bij de betreffende nog sprake is van nagekomen farmaciedeclaraties. Indien dat het geval is wordt nagegaan of deze nagekomen farmaciedeclaraties alsnog leiden tot indeling in een FKG en of dat leidt tot recht op compensatie.

In het kader van de Wtcg is een Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld, met de opdracht om betere afbakeningscriteria te ontwikkelen. Als deze Taskforce dit najaar met voorstellen komt, zal ik in overleg met de staatssecretaris nauwgezet bezien of en hoe deze voorstellen van de Taskforce ook tot verbetering van de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling eigen risico kunnen leiden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink