

Vergaderjaar 2015–2016

**33 693**

## **Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)**

**Nr. 7**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 maart 2016

Hierbij stuur ik u mijn reactie op het rapport van de Gezondheidsraad «Hemofilie, hiv en de Wbmv», dat de Gezondheidsraad op 21 april 2015 heeft uitgebracht (Kamerstuk 33 693, nr. 3).

#### **Aanleiding en vraagstelling**

Met mijn brieven van 11 maart 2013 en 17 januari 2014 heb ik de Gezondheidsraad gevraagd om de kwaliteitssystemen voor hemofiliezorg en hiv-zorg te beoordelen en hierover advies aan mij uit te brengen met oog op eventuele uitstroom van de hemofiliezorg uit artikel 8 van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Doordat zowel de hemofilie-behandeling als de hiv-behandeling sinds 2012 zijn ondergebracht in het vrij onderhandelbare segment is de beperking van financiering tot via artikel 8 aangewezen instellingen immers niet meer van toepassing. Met mijn adviesaanvraag gaf ik gehoor aan de zorgen van enkele Kamerleden die naar voren werden gebracht tijdens de behandeling van de begroting van VWS voor het jaar 2012. Er werden zorgen geuit over mogelijk kwaliteitsverlies van de hemofilie en hiv-zorg als gevolg van uitstroom uit de WBMV. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd te beoordelen of het kwaliteitssysteem sluitend is en of de onderliggende kwaliteitsrichtlijnen, waarvan ik de ontwikkeling financieel ondersteund heb, adequaat zijn om verantwoorde zorg te kunnen borgen.

#### **Advies Gezondheidsraad**

De Gezondheidsraad komt tot de conclusie dat de kwaliteitssystemen complete, internationaal gedragen en adequate normen neerleggen waaraan behandelcentra dienen te voldoen om kwalitatief goede zorg te garanderen. De Gezondheidsraad stelt daarbij dat de kwaliteitssystemen op zichzelf niet voldoende zijn om de kwaliteit van zorg te waarborgen, indien

verzekeraars er niet aan gehouden zijn om de zorginkoop te beperken tot gecertificeerde centra. Als de hiv- en hemofiliezorg namelijk niet langer in geselecteerde gespecialiseerde centra plaatsvindt, kan dat volgens de Gezondheidsraad ten koste gaan van een goed georganiseerde multidisciplinaire behandeling en het in stand houden van de expertise. Ook stelt de Gezondheidsraad dat de beheersing van de kosten van de hemofiliebehandeling onder druk komt te staan, aangezien behandeling met de dure stollingsproducten intensieve begeleiding vergt. Bij hiv ontstaan bovendien risico's voor de volksgezondheid vanwege de overdraagbaarheid van de ziekte. De Gezondheidsraad doet daarom de aanbeveling om het certificeringssysteem te ondersteunen met aanvullende regelgeving.

### **Beleidsreactie**

Ik ben van mening dat voor zowel hiv- en hemofiliezorg concentratie nog altijd van groot belang is, vanwege de complexiteit, kostbaarheid en in het geval van hiv, de overdraagbaarheid. In de afgelopen periode heb ik met het veld gesproken over de vraag in hoeverre overheidsbemoeienis in de vorm van de WBMV nog noodzakelijk is om kwalitatief goede hiv- en hemofiliezorg te kunnen garanderen. Hierbij is van belang dat de «artikel 8-status» van hiv- en hemofiliezorg in het huidige systeem in theorie geen waarborg meer kan bieden voor kwaliteit en concentratie. Immers, als gevolg van de invoering van de prestatiebekostiging is de specifieke vergoeding voor hiv- en hemofiliezorg via het functiegericht budget verdwenen. De vergoeding voor hiv- en hemofilie zorg geschiedt nu via tarieven in het vrije segment<sup>1</sup>. Dat betekent dat iedere zorgaanbieder deze zorg kan declareren bij de verzekeraars<sup>2</sup>. In de praktijk blijkt echter dat verzekeraars op dit moment alleen bij instellingen inkopen die aangevoerd zijn op grond van artikel 8 van de WBMV.

De kwaliteit van hemofilie en hiv-zorg wordt gelijk aan andere vormen van medisch specialistische zorg gewaarborgd door de instrumenten die het reguliere zorgsysteem daarvoor kent: in de eerste plaats door het kwaliteits- en certificeringssysteem dat de beroepsgroepen de afgelopen jaren met subsidie van VWS hebben ontwikkeld en waarvan de Gezondheidsraad heeft gezegd dat het complete, internationaal gedragen en adequate normen zijn. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor selectief inkopen door alleen de zorg in te kopen bij zorginstellingen die gecertificeerd zijn. Daarnaast is er risicogestuurd toezicht door de IGZ op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Uit de gesprekken met het veld is mij gebleken dat het als onwenselijk wordt gezien om de WBMV-status op dit moment te beëindigen. Vooral het oordeel van de IGZ laat ik daarin zwaar mee wegen. Daarnaast geven verzekeraars aan in te zullen kopen bij artikel 8 aanbieders, maar door artikel 13 Zvw gehouden zijn ook geleverde zorg door andere aanbieders te vergoeden. Ik zal de WBMV-status nu dan ook niet beëindigen. Op grond van de Zorgverzekeringswet moeten zorgverzekeraars zich ervan vergewissen dat de zorg die zij inkopen van goede kwaliteit is<sup>3</sup>. Ik verwacht dan ook van zorgverzekeraars dat zij de certificering op basis

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 43

<sup>2</sup> Voor de vergoeding van stollingsfactoren voor hemofiliezorg is het echter nog wel nodig om een WBMV-aanwijzing te hebben. NZA-beleidsregel BR/CU-2136, Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, artikel 13.4

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 763, nr.3, memorie van toelichting zorgverzekeringswet, pagina 43.

van de kwaliteitssystemen een rol gaan laten spelen in de inkoop. Als ik de komende jaren signalen krijg dat er voldoende selectief ingekocht wordt zal ik opnieuw bezien of de WBMV-status beëindigd kan worden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers