

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

### 3575

Vragen van de leden **Van Gerven** en **Leijten** (beiden SP) aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *zorgverzekeraars en willekeur bij de ziektekostenverzekering* (Ingezonden 13 juli 2009)

1

Wat is uw reactie op het rapport «Verstand van verzekeren» van de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN)?<sup>1</sup>

2

Onderschrijft u het standpunt dat zowel voor de verzekeraar als de patiënt volstrekt duidelijk moet zijn waar patiënten in het basispakket recht op hebben?

3

In hoeverre kunnen en mogen er verschillen bestaan? Kunt u toelichten – als er verschillen mogen bestaan – op basis van welke wet- en regelgeving dit geoorloofd is?

4

Is er niet teveel beleidsvrijheid of is de wet niet te onduidelijk? Zo neen, waarom niet?

5

Kunt u duidelijkheid verschaffen over alle op bladzijde 6 van het onderzoek genoemde zaken waarover twijfel bestaat of ze al dan niet voor vergoeding in aanmerking komen?

Kunt u dit per kwestie aangeven, zodat volstrekte duidelijkheid bestaat of iets wel of niet wordt vergoed? Zo neen, waarom niet?

6

Wie dient de kosten te vergoeden bij aanpassen van de eigen woning bij thuisdialyse en de kosten van verbruik van extra electriciteit en water bij thuisdialyse?

7

Hoe kan het dat er zoveel onduidelijkheid bestaat over het vergoeden van algeldraat en epo? Klopt het dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zegt dat deze niet worden vergoed en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wel? Wie heeft er gelijk in deze?

8

Komen de medicijnen calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram), natriumbicarbonaat, jodiumoplossing 1% FNA, emlacrème en algeldraat die eerder expliciet zijn genoemd in de brief van ZN d.d. 31 augustus 2007 als middelen die wel voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking?<sup>2</sup> Zo neen, waarom niet?

9

Komen gebitssanering bij nierpatiënten, lichttherapie en een

inklapbare infuusstandaard voor vergoeding in aanmerking? Zo neen, waarom niet?

10

In hoeverre zijn voor de in vraag 5-9 genoemde zaken machtigingen nodig? Kunt u zodanige duidelijkheid verschaffen dat machtigingen niet meer nodig zijn dan wel tot een minimum worden beperkt en willekeur tussen verzekeraars wordt vermeden?

11

Vindt u het niet wenselijk dat noodzakelijke uitgaven van nierpatiënten die tot de noodzakelijke zorg kunnen worden gerekend betreffende zorg, hulpmiddelen, medicijnen en vervoerskosten voor vergoeding in het basispakket in aanmerking komen? Zo neen, welke overwegingen liggen daaraan ten grondslag? Is dit niet discriminatoir ten opzichte van andere patiënten die noodzakelijke zorg wel vergoed krijgen? Is hier geen sprake van willekeur? Zo neen, waarom niet?

12

Bent u bereid het positieve advies van het CVZ van april 2008 over het vergoeden van de kosten van hulp van de mantelzorger aan de thuis dialyserende over te nemen en dit op te nemen in het basispakket? Zo neen, waarom niet?

13

Wat gaat u doen met de aanbevelingen van het CVZ met betrekking tot de door de NVN gesignaleerde problematiek?<sup>3</sup>

14

Spelen de door NVN gesignaleerde problemen ook bij andere patiënten met chronische aandoeningen zoals reuma en diabetes? Hebben u dergelijke signalen ook bereikt? Bent u bereid hiernaar nader onderzoek te doen?

15

In hoeverre speelt het door verzekeraars gevoerde preferentiebeleid een rol bij de hierboven geschetste problematiek? Hoe beoordeelt u het verzoek van de NVN en de CG-Raad om voorlopig geen grote wijzigingen in zake de basiszorg en het preferentiebeleid door te voeren?<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Nierpatiënten Vereniging Nederland.

Verstand van Verzekeren. Februari 2009.

<sup>2</sup> Zorgverzekeraars Nederland. Brief 31 augustus 2007 inzake overleg met Nierpatiëntenvereniging Nederland inzake de uitvoering Zorgverzekeringswet.

<sup>3</sup> Algemeen Dagblad. Willekeur bij verzekering. 7 juli 2009.

<sup>4</sup> Brief aan de minister van VWS en de commissie VWS. CG-Raad en NVN; Utrecht, 23 juni 2009.

## Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 25 augustus 2009)

1 en 2

Ik onderschrijf het standpunt van de NVN dat het duidelijk moet zijn waar nierpatiënten volgens het basispakket recht op hebben. Deze duidelijkheid moet echter door de zorgverzekeraars verstrekt worden. In de onderstaande antwoorden licht ik dit nader toe.

3

De Zorgverzekeringswet (Zvw) draagt verzekeringsplichtigen op om zich (privaatrechtelijk) te verzekeren. De rechten en plichten van de verzekerde en zorgverzekeraar vloeien niet voort uit de wet, maar uit de zorgverzekering.

De inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties is op grond van de Zvw geregeld. Wie de zorg verleent, waar die zorg wordt verleend en onder welke procedurele

voorwaarden, is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars leggen de rechten en plichten uit de Zvw vast in hun modelovereenkomsten. Deze modelovereenkomsten worden vervolgens door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) getoetst aan de Zvw.

De verschillen tussen zorgverzekeraars kunnen en mogen betrekking hebben op de uitvoering van de Zvw, waaronder bijvoorbeeld de leverancier van het hulpmiddel, het preferente geneesmiddel en het moeten hebben van voorafgaande toestemming/machtiging.

4

Nee, de inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties is immers op grond van de Zvw geregeld. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, toetst de NZa de modelovereenkomsten. Bij die toets betreft de NZa het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ is door de wetgever aangewezen als pakketbeheerder en verduidelijkt onder andere welke prestaties, gezien de wettelijke voorschriften, onder de Zvw vallen.

5

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars om in hun modelovereenkomsten duidelijk te omschrijven welke zorg vergoed wordt en welke voorwaarden daarvoor gelden. De zorgverzekeraars zijn het met de NVN eens dat de Zvw op een uniforme wijze moet worden geïnterpreteerd. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaat daarom in gesprek met de NVN om de verschillen in de vergoeding van zorg aan nierpatiënten op te heffen. Vergoeding van kosten van de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in- en aan de woning bij thuisdialyse, kosten verbruik extra elektriciteit en water bij thuisdialyse, warmtetas voor opwarmen spoelvloeistof bij CCPD en CAPD, inklapbare infuusstandaard, lichttherapie UVA en UVB thuis en in het ziekenhuis en medisch noodzakelijke gebitssanering vanwege niertransplantatie komen voor vergoeding in aanmerking voor zover de verzekerde daarop is aangewezen.

Onder de genoemde medicijnen vallen tevens apotheekbereidingen en zogenoemde zelfzorgmiddelen.

Zelfzorgmiddelen komen in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking. Voor een aantal zelfzorgmiddelen geldt dat als de verzekerde langer dan zes maanden op zo'n middel is aangewezen ter behandeling van een chronische aandoening, het middel wel voor vergoeding in aanmerking komt, conform de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Op de site van het CVZ, [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl), is per medicijn aangegeven of dat voor vergoeding in aanmerking komt.

6

Kosten voor het aanpassen van de eigen woning vanwege thuisdialyse komen voor vergoeding in aanmerking. In artikel 2.36, aanhef en onderdeel b, Rzv is de te verzekeren prestatie omschreven. Geregeld is dat het gaat om de vergoeding van de kosten van de aanpassingen die redelijkerwijs moeten worden verricht.

7

Algeldraat is een zelfzorgmiddel en is uitgesloten van de te verzekeren prestatie krachtens de Zvw en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking (zie ook de website [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl)). EPO komt onder voorwaarden wel voor vergoeding voor rekening van de zorgverzekering in aanmerking. Deze nadere voorwaarden zijn echter algemeen omschreven. De toetsing van deze nadere voorwaarden is ter beoordeling door de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om bij het CVZ hierover advies in te winnen.

8

Calciumcarbonaat kauwtabletten van 1,25 mg en emlacreme zijn als te verzekeren prestatie aangewezen op grond van artikel 2.8 eerste lid, onderdeel a, Bzv. Zoals in antwoord 15 is aangegeven, kan de zorgverzekeraar een preferent middel aanwijzen.

Natrium bicarbonaat drank (Natrii Hydrogenocarbonas), en Jodium oplossing 1% FNA vallen als apotheekbereidingen onder de geneesmiddelen, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, Bzv. Ook deze middelen vallen dus onder de te verzekeren prestaties.

Algeldraat kauwtabletten van 500 mg worden niet vergoed voor rekening

van de zorgverzekering, zoals ik in antwoord 7 heb beschreven.

9

Op basis van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel c, Besluit zorgverzekering (Bzv) valt gebitssanering bij niertransplantatie onder het te verzekeren pakket indien niertransplantatie zonder die sanering aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Lichttherapie kan tot de te verzekeren prestaties behoren (geneeskundige zorg, artikel 2.4 Bzv). Het is aan de behandelend arts om op basis van de geldende richtlijnen te beoordelen of het in een voorkomend geval verantwoord/aangewezen is de therapie bij de betrokkene thuis te laten plaatsvinden.

De infuusstandaard kan voor vergoeding in aanmerking komen op basis van artikel 2.36, eerste lid, onderdeel d, Rzv. Dit artikel regelt dat de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse onder hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 Bzv vallen en zo onder het te verzekeren pakket vallen.

10

Het is aan de zorgverzekeraars om in hun modelovereenkomst vast te leggen aan welke procedurele voorwaarden, zoals machtigingen, moet worden voldaan om de zorg vergoed te krijgen. Ik ga ervan uit dat zorgverzekeraars geen onnodige machtigingen verlangen.

11

Alle noodzakelijk te verzekeren zorg zit voor nierpatiënten in het basispakket, zoals onder meer uit antwoord 5 blijkt.

12

Het gaat hierbij om verpleegkundige zorg in de thuissituatie. Deze te verzekeren prestatie is op grond de Zvw geregeld (artikel 2.11 Bzv) voor zover het gaat om verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Het CVZ bereidt op dit moment een nader advies voor betreffende de vergoeding van verpleging in de eigen omgeving. Dit advies wacht ik af.

13

Aangezien het CVZ geen nieuwe aanbevelingen aan mij heeft gestuurd, ga ik ervan uit dat zij in het krantenartikel van 7 juli 2009 doelt op de aanbevelingen uit het Pakketadvies 2008.

In dit pakketadvies adviseert het CVZ allereerst buiten twijfel te stellen dat de onderdelen a, b en c van artikel 2.36 Rzv ook betrekking hebben op CAPD. De regelgeving is op dit punt aangepast (artikel 2.36, tweede lid). Daarnaast adviseert het CVZ «de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse» als te verzekeren prestatie onder te brengen in artikel 2.36 Rzv. Ook dit advies heb ik opgevolgd (artikel 2.36, eerste lid, onderdeel d). Tenslotte adviseert het CVZ te voorzien in de mogelijkheid dat zorgverzekeraars een vergoeding kunnen bieden voor de verpleegkundige zorg die mantelzorgers verlenen bij de thuisdialyse. Op dit advies ben ik in antwoord 12 al ingegaan.

14

Nee, mij hebben geen signalen bereikt over problemen bij andere patiënten met chronische aandoeningen. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars om ook richting deze groepen patiënten met chronische aandoeningen duidelijk te communiceren welke zorg vergoed wordt.

15

Het door verzekeraars gevoerde preferentiebeleid kan een rol spelen bij de vergoeding van medicijnen. Het preferentiebeleid, zoals dat nu in het Bzv is geregeld, houdt in dat wanneer er meerdere middelen met dezelfde werkzame stof door mij zijn aangewezen, de zorgverzekeraars altijd minimaal één middel met de betreffende werkzame stof als het te vergoeden middel moet aanwijzen. Indien een arts echter van mening is dat behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is, dan heeft de betrokken verzekerde gewoon aanspraak op het voorgeschreven niet-preferente geneesmiddel dan wel op vergoeding van de kosten daarvan. Op dit moment heb ik geen plannen om wijzigingen in de basiszorg aan te brengen. Met betrekking tot wijzigingen in het preferentiebeleid zal ik na de zomer een nader standpunt aan de Kamer doen toekomen. Dit heb ik in het algemeen overleg van 25 juni 2009 over het geneesmiddelenbeleid (Kamerstukken II 2008/09, 29 477, nr. 101) toegezegd.