

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 376

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 februari 2012

Op 19 januari sprak ik met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet. Daarbij heb ik toegezegd op een aantal aspecten schriftelijk te zullen reageren.

Price-signaling

Tijdens het algemeen overleg op 19 januari jl. is door het lid Mulder (VVD) het fenomeen *price-signaling* aan de orde gesteld. Ik heb naar aanleiding van deze discussie toegezegd op drie aspecten nader in te gaan: uitspraken van de NMa in de media, bevoegdheden van de Duitse mededingingsautoriteit op dit punt en inzage in de premieontwikkeling sinds 2006.

Allereerst heb ik de NMa gevraagd of zij daadwerkelijk in de pers hebben aangegeven dat zorgverzekeraars heimelijk prijsafspraken maken. De NMa heeft hierop aangegeven dat in het gesprek met de journalist de bredere context is geschetst over hoe kartelafspraken in het algemeen gemaakt worden. Daarbij is aangegeven dat ondernemingen dit heimelijk doen, om te voorkomen dat de NMa achter de kartelafspraken komt. De NMa betreurt dat deze uitspraken in de uiteindelijke berichtgeving één-op-één gekoppeld zijn aan de zorgverzekeraars. De NMa heeft namelijk in hetzelfde gesprek aangegeven dat zorgverzekeraars als geen ander weten dat zij zich aan de Mededingingswet dienen te houden. De NMa heeft voorts slechts benadrukt dat zij uiteraard graag tips en signalen ontvangt die zouden kunnen duiden op een eventueel kartel tussen zorgverzekeraars. Informatie over onderlinge prijsafstemming via een systeem van *price-signaling* kan daar ook onder vallen.

Voorts heb ik toegezegd na te gaan in hoeverre de Duitse mededingingsautoriteit (Bundeskartellamt) meer instrumenten heeft dan de NMa om *price-signaling* tegen te gaan en zo ja, of uitbreiding van het NMa-instrumentarium nodig is. Navraag bij de NMa leert dat het Duitse Bundeskartellamt niet over aanvullende instrumenten beschikt ten opzichte van de

NMa om *price-signaling* tegen te gaan. Aanvulling van het NMa-instrumentarium op dit punt naar Duits voorbeeld is dan ook niet aan de orde.

Ten derde heeft uw Kamer gevraagd naar een overzicht van de spreiding in de nominale premies vanaf 2006. In onderstaand overzicht wordt uitgegaan van nominale premies exclusief collectiviteitskorting.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Laagste premie	964	1 056	975	963	996	1 095	1 155
Hoogste premie	1 140	1 224	1 161	1 205	1 247	1 307	1 332
Bandbreedte	176	168	186	242	251	212	177
Gemiddelde premie -gewogen naar aantal verzekerden	1 061	1 145	1 094	1 105	1 148	1 260	1 290

Tot slot heeft uw Kamer gevraagd om een overzicht van de publicatiedata van de premies. Bij de bekendmaking van de premie wordt in de meeste gevallen een persbericht uitgegeven. Ik constateer dat in de berichtgeving na Prinsjesdag (september) en vóór de vaststelling van de premie (medio november) zorgverzekeraars nauwelijks uitspraken doen over premies en premiestijging. Als zij dit doen, dan is de boodschap veelal dat de geraamde premie in de VWS-begroting en MEV te laag is vastgesteld. De laatste jaren wordt door de individuele verzekeraars wel gereageerd op de consequentie van doorgevoerde of beoogde stijging van de solvabiliteits-eisen. Uitspraken die verzekeraars doen over de verwachte premiestijging worden daarnaast ook niet altijd door deze verzekeraars daadwerkelijk doorgevoerd.

Verzekeraar		2012	2011	2010	2009
Achmea	Zilveren Kruis Achmea	08-11-11	03-11-10	04-11-09	03-11-08
	Groene Land (per 2011 Zilveren Kruis)			03-11-09	03-11-08
	Avéro Achmea	08-11-11	03-11-10	05-11-09	22-10-08
	FBTO	10-11-11	04-11-10	09-11-09	10-11-08
	Interpolis	09-11-11	05-11-10	09-11-09	10-11-08
	OZF Achmea	26-10-11	02-11-10	29-10-09	22-10-08
	Agis	08-11-11	15-11-10	03-11-09	03-11-08
Coöperatie VGZ	VGZ	08-11-11	03-11-10	28-10-09	06-11-08
	Univé	08-11-11	03-11-10	06-11-09	06-11-08
	IZA	31-10-11	05-11-10	06-11-09	06-11-08
	IZZ	01-11-11	03-11-10	05-11-09	19-11-08
	Trias (per 2012 VGZ)		03-11-10	03-11-09	06-11-08
	UMC	03-11-11	05-11-10	05-11-09	06-11-08
	Goudse	14-11-11	05-11-10	23-10-09	21-10-08
CZ	CZ	14-11-11	28-10-10	28-10-09	22-10-08
	OHRA	14-11-11	01-11-10	02-11-09	22-10-08
	Delta Lloyd	14-11-11	03-11-10	04-11-09	22-10-08
Menzis	Menzis	01-11-11	03-11-10	03-11-10	03-11-08
	Anderzorg	01-11-11	08-11-10	09-11-09	08-11-08
	Azivo	01-11-11	03-11-10	05-11-09	01-11-08
Overig	De Friesland	09-11-11	08-11-10	10-11-09	03-11-08
	ONVZ	10-11-11	04-10-10	09-11-09	31-10-08
	Zorg & Zekerheid	09-11-11	08-11-10	04-11-09	26-10-08
	DSW	27-09-11	28-09-10	22-09-09	23-09-08
	Stad Holland	17-10-11	12-10-10	05-10-09	22-10-08
	ASR	15-11-11	05-11-10	10-11-09	07-11-08
	Salland	08-11-11	08-11-10	07-11-09	04-11-08

Stand van zaken contracten in de GGZ

Tijdens het algemeen overleg is ook de GGZ aan bod gekomen. Uit de marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2008–2011 van de NZa is gebleken dat in 2009 64% van de eerstelijnspsychologen met een omzet boven de duizend euro en 80% van de tweedelijns vrijgevestigde aanbieders met een omzet van boven de duizend euro is gecontracteerd. De contracteergraad voor de jaren 2010, 2011 en 2012 is nog niet bekend,

omdat het totaal aantal aanbieders dat in deze jaren een eerste- of tweedelijns psychologisch consult heeft gedeclareerd nog niet bekend is en verzekeraars voor 2012 daarnaast op dit moment nog bezig zijn met het contracteren. Daarnaast is de contracteergraad van niet-gebudgetteerde instellingen onbekend vanwege het ontbreken van voldoende gegevens hierover.

Uit de contacten die ik heb met afzonderlijke zorgverzekeraars blijkt dat de meeste verzekeraars in 2012 actief invulling geven aan een scherper inkoopbeleid in de GGZ. Hierover heb ik zoals ook aangekondigd in mijn brief d.d. 10 juni 2011 afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland. Dit betekent dat zorgverzekeraars naast de reeds bestaande omzetafspraken met gebudgetteerde instellingen, ook omzetafspraken met niet-gebudgetteerde instellingen maken en voor zover mogelijk ook met vrijgevestigde GGZ aanbieders. Daarnaast nemen verzekeraars volumebeheersende maatregelen, o.a. door het beperken van de verlengde armconstructie bij vrijgevestigde aanbieders en het verlagen van de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

Vergoeding bril voor kind

Kamerlid Leijten (SP) heeft mij gevraagd om te reageren op een individuele casus waarin ouders regelmatig nieuwe brillenglazen moeten kopen voor hun kind vanwege haar groei en gebruik van andere lesmiddelen, terwijl hun zorgverzekering de kosten slechts ten dele vergoed. Uit de inmiddels ontvangen informatie blijkt dat het gaat om een vergoeding op grond van een aanvullende verzekering. Het ministerie van VWS heeft geen bemoeienis met aanvullende ziektekostenverzekeringen. Pakketaanstelling, polisvoorwaarden, acceptatiebeleid en premiestelling van zo'n aanvullende verzekering behoren tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar die de aanvullende verzekering aanbiedt. Wettelijke voorwaarden daarover kunnen op grond van de Europese schaderichtlijnen niet worden gesteld.

Meer in het algemeen geldt over de vergoeding van brillen, brillenglazen en contactlenzen zonder medische indicatie het volgende. In het Pakketadvies 2008 heeft het College van zorgverzekeringen (CVZ) beoordeeld of brillen zouden moeten worden toegelaten tot het te verzekeren pakket. Een belangrijk element hierbij was de financiële haalbaarheid. Omdat bij- of verziendheid vaak voorkomt is het financieel niet haalbaar brillen en contactlenzen zonder beperkingen in het pakket op te nemen. Het is immers duidelijk dat het merendeel van de bevolking vroeg of laat een bril nodig heeft. Een beroep op het solidariteitsbeginsel, waarbij alle verzekerden meebetalen aan de kosten van een relatief kleine groep verzekerden, is bij brillen daarom niet aan de orde. Vanwege de financiële haalbaarheid en houdbaarheid heeft het CVZ geadviseerd brillen, brillenglazen en contactlenzen zonder medische indicatie niet op te nemen in het te verzekeren pakket. Mijn voorganger heeft deze aanbeveling overgenomen.

Het dragen van contactlenzen om cosmetische redenen is een eigen keuze. Men zou ook kunnen kiezen voor een bril. Om die reden komen contactlenzen zonder medische indicatie evenmin voor vergoeding in aanmerking. In artikel 2.13, derde lid, van de Regeling zorgverzekering is bepaald dat lenzen tot de te verzekeren prestatie behoren als de stoornis in de visuele functie een gevolg is van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering van de gezichtscherpte leiden dan brillenglazen. Hierbij gaat het om medische indicaties als:

- een hoge refractieafwijking (meer dan 10 dioptrieën)
- grote verschillen (meer dan 4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (animetropie)
- sterke cilindervorming (hoog astigmatisme (meer dan 4 dioptrie)

– keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Voor contactlenzen met medische indicatie betaalt de verzekerde een eigen bijdrage. De hoogte van deze eigen bijdrage is gebaseerd op de gemiddelde kosten die een verzekerde per jaar kwijt zou zijn voor de aanschaf van brillenglazen.

Eerste resultaten vrije tarieven voor apothekers

In antwoord op vragen van Smilde (CDA) naar de eerste resultaten van de vrije tarieven voor apothekers wil ik graag het volgende opmerken. Enkele verzekeraars hebben bekendheid gegeven aan de eerste resultaten in termen van contracteergraad. Zo heeft bijvoorbeeld zorgverzekeraar Achmea bekend gemaakt dat met 90 % van de apotheken contracten zijn afgesloten waarvan 70% voor het IDEA-contract heeft gekozen. Andere zorgverzekeraars hebben in contacten met mijn ministerie aangegeven ook met ongeveer 90% van de apotheekhoudenden contracten te hebben afgesloten. De Nederlandse apothekers coöperatie, waarbij circa 600 individuele apotheken zijn aangesloten, heeft aangegeven dat de aangeslotenen met alle grote zorgverzekeraars contracten hebben afgesloten. Wat opvalt is dat er veelal sprake is van meerjarige contracten (twee jaar). De mate van de contractering, zo vroeg in het jaar, is een verbetering ten opzichte van voorgaande jaren. Overigens kunnen er ook in de loop van het jaar aanvullende contracten worden gesloten.

Wat de inhoud van de contracten betreft (de gecontracteerde prestaties) wijs ik er op dat apotheekketen Mediq en zorgverzekeraar CZ bekend hebben gemaakt dat hun contract een alternatief biedt voor het preferentiebeleid en dat hiermee een ander verdienmodel wordt beoogd waarmee de apotheker niet zozeer geld verdient met de in- en verkoop van geneesmiddelen, maar dat de apotheker wordt betaald voor zijn rol van zorgverlener, waar ook zijn toegevoegde waarde ligt. Verder hebben Achmea en Mediq bekend gemaakt dat in hun meerjarige contract een basisvergoeding voor het verstrekken van medicijnen is opgenomen en daarnaast een vergoeding voor een nieuw zorgprogramma (Geïntegreerde Farmaceutische Zorg). Mediq heeft dat programma ontwikkeld om het medicijngebruik van patiënten te verbeteren. Ook overige zorgverzekeraars hanteren een verschil tussen «basis-contracten» en «plus-contracten», waarbij de toegevoegde waarde van apothekers wordt gehonoreerd.

Welke prestaties precies zijn gecontracteerd en tegen welke condities, is mij niet bekend. Ik merk wel op dat het hier deels om concurrentiegevoelige informatie gaat die ik niet zonder meer naar buiten zou kunnen brengen als ik er wel over beschikte. De Nederlandse Zorgautoriteit voert in 2012 een markscan uit die meer uitsluitend zal bieden. Deze markscan zal in de tweede helft van dit jaar worden uitgebracht. Overigens doet het mij deugd dat de overgang naar vrije tarieven niet tot veel vragen van patiënten heeft geleid, zoals ook de NPCF heeft aangegeven. Hieruit maak ik vooralsnog op dat de overgang naar vrije tarieven voor patiënten op een beheerste manier verloopt.

Gebruik van Remicade door sarcoïdose patiënten

Kamerlid Dijkstra (D66) vroeg mij naar de financiering van de behandeling van sarcoïdose met Remicade. Mijn antwoord hierop kan kort zijn. De financiering van de behandeling therapieresistente sarcoïdose met Remicade is geregeld via de add on financiering. Het geneesmiddel ingezet bij een patiënt met therapieresistente sarcoïdose kan als toevoeging bij de DOT-DBC gedeclareerd worden.

Duidelijkheid over de aanspraken rond weesgeneesmiddelen via add on's

Kamerlid Wiegman (CU) had vragen over de aanspraken op en de financiering van weesgeneesmiddelen. De bekostiging en verzekerde aanspraak van dure en wees- geneesmiddelen worden los van elkaar vastgesteld. De add on criteria voor weesgeneesmiddelen zijn door de NZa vastgesteld. De verzekerde aanspraak op weesgeneesmiddelen is identiek aan die van dure geneesmiddelen. Dat houdt in dat nieuwe geregistreerde weesgeneesmiddelen in beginsel direct onder de verzekerde aanspraak vallen (ZVW prestatie geneeskundige zorg) en daarnaast ook direct een add on kan worden vastgesteld mits aan de door de NZa vastgestelde criteria wordt voldaan.

Mogelijke ongewenste substitutie bij maagzuurremmers

Per 1 januari worden maagzuurremmers alleen nog maar vergoed bij chronisch gebruik. Deze maatregel is niet van toepassing op o.a. maagwandbeschermende middelen. Voor deze middelen geldt over het algemeen dat ze een lagere positie hebben in de richtlijnen van artsen dan de maagzuurremmers (protonpompremmers en H2-antagonisten), maar het risico bestaat dat ze nu meer voorgeschreven worden omdat de maagzuurremmers niet meer vergoed worden. Deze middelen hebben een hogere prijs dan de maagzuurremmers. Als de voorschrijvers zich aan hun eigen medische richtlijnen houden, zal de mate van substitutie beperkt zijn. De komende maanden zal ik het gebruik van deze duurdere middelen goed monitoren.

Hiermee hoop ik uw vragen afdoende te hebben beantwoord.

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