Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2012–2013

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 453 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2013

Op 22 mei 2013 heb ik uw Kamer een brief toegezonden (Kamerstuk 29 689, nr. 446) waarin antwoord is gegeven op vragen in de brief van 6 maart 2013 inzake Vergoeding voor operatie oogleden. Aangezien een tweetal vragen van de PvdA-fractie nader overleg vergde met andere organisaties, heb ik in de brief van 22 mei aangegeven hier later op in te gaan. Met deze brief beantwoord ik alsnog de gestelde vragen.

Vragen PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie merken op dat sinds 2005 de ooglidcorrectie niet langer vanuit het basispakket wordt vergoed. Naar aanleiding van opmerkingen van de leden van de toenmalige PvdA-fractie heeft mijn ambtsvoorganger in 2008 de toezegging gedaan dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) alsnog een standpunt zou opstellen over de vergoeding van ooglidcorrecties. Is dit standpunt opgesteld en zo ja, hoe luidde dit?

Mijn ambtsvoorganger heeft in februari 2009 het CVZ verzocht om na te gaan of de beperking van de vergoedingen voor behandeling van de bovenoogleden mogelijk tot ongewenste effecten leidt en of hiervoor een oplossing mogelijk is. Daarbij is de voorwaarde gesteld dat behandelingen waarvoor geen medische maar vooral een cosmetische noodzaak bestaat, niet weer voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komen. Dit was immers de reden om behandeling van bovenoogleden en vergelijkbare behandelingen in 2005 uit het pakket te halen.
In zijn reactie van juni 2010 (zie bijlage) adviseert het CVZ een aantal criteria te hanteren, waarmee de medische noodzakelijkheid van de behandeling zou kunnen worden vastgesteld. Het CVZ stelt voor om medische noodzakelijkheid vast te stellen aan de hand van:

– gezichtsveldbeperking indirect gemeten in een MRD (margin-reflex-distance) < 2 mm èn klachten passend bij uitval van het bovenste gezichtsveld;

kst-29689-453
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2013

– (dreigende) schade aan het hoornvlies als gevolg van naar binnen gekeerde wimperrij;
– verminking als gevolg van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, te beoordelen door behandelend arts en adviserend geneeskundige zorgverzekeraar.

Er is door mijn ambtsvoorganger destijds geen gevolg gegeven aan dit advies van het CVZ, omdat de inschatting was dat met de voorgestelde criteria een enigszins fraudegevoelig element zou worden ingevoerd. Zo kan door een bepaalde manier van kijken op de foto de voorgestelde grens van 2 mm gezichtsbeperking eerder worden vastgesteld. De zorgverzekeraar zal in principe afgaan op de opgestuurde foto en de cosmetische behandeling ten onrechte vergoeden. Zodoende kunnen cosmetische ingrepen zonder medische noodzaak weer het pakket in komen. Gezien de gestelde voorwaarde dat behandelingen waarvoor geen medische maar vooral een cosmetische noodzaak bestaat, niet weer voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komen, was dit ongewenst. Bovendien speelde hierbij een rol dat de meeste zorgverzekeraars een vergoeding voor behandeling aan bovenoogleden in hun aanvullende verzekeringen hadden opgenomen. Tenslotte was onduidelijk wat de financiële consequenties zouden zijn indien de medisch noodzakelijke behandelingen van bovenoogleden weer in het basispakket zouden worden opgenomen.

Nu er door verschillende partijen veel werk wordt verzet om fraude en verspilling tegen te gaan, vind ik het belangrijk dat deze goede ontwikkeling niet wordt tegengewerkt door het introduceren van nieuwe fraudegevoelige vergoedingen.
Met dat uitgangspunt in gedachten heb ik opnieuw naar de voorgestelde criteria gekeken. Net als mijn ambtsvoorganger ben ik van mening dat de voorgestelde criteria fraudegevoelig kunnen zijn. Bovendien blijkt ook uit een recente rondgang langs zorgverzekeraars dat de meeste zorgverzekeraars, al dan niet onder voorwaarden, een vergoeding voor behandeling van de bovenoogleden aanbieden in de aanvullende verzekeringen. Het is uiteraard aan zorgverzekeraars om te bepalen welke criteria zij eventueel bij de aanvullende verzekering hanteren en hoe zij deze criteria toepassen. Gezien de fraudegevoeligheid van de voorgestelde criteria en het feit dat de meeste zorgverzekeraars een vergoeding hebben opgenomen in de aanvullende verzekering, zie ik geen reden om de vergoedingen aan te passen.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder hoeveel ooglidcorrecties er jaarlijks in Nederland worden uitgevoerd? Bij hoeveel ooglidcorrecties wordt op grond van de uitzonderingscriteria de verzekeraar om een vergoeding gevraagd? In hoeveel gevallen wordt die vergoeding gegeven? Zijn er grote verschillen tussen verzekeraars op dit punt?
Zoals in de brief van 22 mei 2013 reeds is aangegeven is het niet mogelijk om exact aan te geven hoeveel ooglidcorrecties er in Nederland worden gedaan. Dit komt doordat een aantal ooglidcorrecties niet wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraars en/of wordt uitgevoerd door privéklinieken. Deze behandelingen worden daardoor niet geregistreerd. Wel is het mogelijk om een indicatie te geven hoeveel behandelingen er hebben plaatsgevonden in ziekenhuizen en hoeveel vergoedingen de zorgverzekeraars hebben uitgekeerd.
DBC-onderhoud geeft aan dat ziekenhuizen in 2010 14.372 ooglidcorrecties hebben uitgevoerd. Niet alle ooglidcorrecties komen voor vergoeding in aanmerking, dus ook niet al deze ooglidcorrecties zijn gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Uit gegevens van Vektis blijkt dat in 2010 een totaal van 10.237 declaraties zijn binnengekomen, daarvan zijn

er 1.513 (15%) uit de basisverzekering en 8.724 (85%) uit de aanvullende verzekering vergoed.

Bovenstaande cijfers geven slechts een indicatie. Er zijn verschillende redenen waarom de cijfers van Vektis en DBC-onderhoud verschillen. Vektis heeft aangegeven dat niet alle zorgverzekeraars de gegevens voor de aanvullende verzekering aanleveren. Ook geldt dat Vektis en DBC-onderhoud niet exact dezelfde database qua zorginstellingen gebruiken. Als laatste worden behandelingen die de patiënt zelf betaald mogelijk wel meegenomen door DBC-onderhoud, maar niet meegenomen door Vektis.

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