



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Stichting Zeldzame Bloedziekten,  
de heer I. Schenk  
Postbus 83  
1670 AB Medemblik

Datum **16 FEB 2009**  
Betreft Compensatie verplicht eigen risico

Geachte heer Schenk,

Met uw brief van 23 oktober 2008 heeft u gevraagd waarom de compensatie voor het verplicht eigen risico niet van toepassing is voor mensen die een zeldzame bloedziekte hebben en met het oog op die aandoening chronisch medicijnen gebruiken.

Allereerst wil ik u mijn verontschuldigingen aanbieden dat ik uw brief niet eerder heb beantwoord.

Bij de invoering van het verplicht eigen risico is besloten dat sommige groepen verzekerden voor het verplicht eigen risico worden gecompenseerd. Het gaat daarbij om verzekerden die vanwege hun gezondheidssituatie langdurig zoveel zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gebruiken, dat zij meer jaren achtereen het maximum van het verplicht eigen risico volmaken. De moeilijkheid is dat er geen gestandaardiseerde definitie beschikbaar is van die groepen chronisch zieken en gehandicapten, die voor compensatie voor het verplicht eigen risico in aanmerking komen. Door het ontbreken van die definitie is er ook geen landelijk bestand beschikbaar 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 geautomatiseerd beschikbaar zijn. Voorwaarde hierbij is ook dat de verzekerde deze compensatie niet zelf hoeft aan te vragen, maar deze automatisch -dus zonder daarvoor een aanvraag in te dienen- toegekend krijgt. De regering heeft deze randvoorwaarden gesteld om redenen van beschikbaarheid, snelheid en beheersing van uitvoeringskosten/administratieve lasten van deze compensatieregeling.

Bij gebrek aan betere gegevens die ook geautomatiseerd beschikbaar zijn, heeft de regering besloten om voor de afbakening van de groepen verzekerden die in 2008 voor de compensatie verplicht eigen risico in aanmerking komen, gebruik te maken van de farmaceutische kostengroepen (FKG's). Deze FKG's bestaan al langer in de Zvw maar deze FKG's zijn niet opgesteld voor de compensatieregeling verplicht eigen risico. De FKG's zijn ontworpen voor een heel ander doel, namelijk als onderdeel in de risicoverevening van zorgverzekeraars en zijn ook daarop ingericht.

De risicoverevening heeft tot doel de kostenverschillen die zorgverzekeraars hebben als gevolg van verschillen in hun verzekerdenportefeuille zo goed mogelijk weg te nemen (=te verevenen). Door het opnemen van gezondheidsspecifieke vereveningskenmerken zoals FKG's in de vereveningssystematiek, ondervinden de

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Inlichtingen bij**

C. Vos  
c.vos@minvws.nl  
T 070 340

**Ons kenmerk**

Z/VU-2910501

**Bijlagen**

**Uw brief**

23 oktober 2008

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*



zorgverzekeraars geen financieel nadeel als zij relatief veel chronisch zieken in hun verzekerdenportefeuille hebben.

Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening waaraan veel zorgkosten zijn verbonden, herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven. Een verzekerde valt in een FKG als hij in een voorgaand kalenderjaar meer dan een bepaalde hoeveelheid (meer dan 180 standaarddagdoseringen) van die nader omschreven medicijnen heeft gebruikt. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die extramuraal zijn gebruikt en die door de gewone, openbare apotheek zijn afgeleverd. Door het criterium van meer dan 180 standaarddagdoseringen worden alleen de chronische gevallen meegenomen bij de bepaling van de FKG's.<sup>1</sup>

**Directie  
Zorgverzekeringen**

**Ons kenmerk  
Z/VU-2910501**

Zoals hiervoor vermeld zijn de FKG's niet ontworpen voor de compensatie voor het verplicht eigen risico, maar voor de risicoverevening. De samenstelling van de lijst met stofnamen heeft dan ook plaatsgevonden om tot een zo goed mogelijk instrument in het kader van de risicoverevening te komen. Om het systeem van risicoverevening hanteerbaar en overzichtelijk te houden, zijn er ook geen FKG's voor alle chronische aandoeningen. Zo zijn er geen FKG's voor chronische aandoeningen die verhoudingsgewijs niet vaak voorkomen, omdat deze in het kader van de risicoverevening van verzekeraars van gering (financieel) belang zijn.

Als gevolg hiervan bestaan er geen FKG's voor de vijf zeldzame bloedziekten waaraan de patiënten lijden die uw stichting vertegenwoordigt. Dit heeft als consequenties dat deze patiënten niet in een FKG worden ingedeeld en daardoor niet voor de compensatie verplicht eigen risico in aanmerking komen.

Ik ben me zeer bewust van deze consequentie van de keuze voor de FKG's als criterium voor de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico. In de discussie die ik met het parlement heb gevoerd over deze compensatieregeling is diverse malen aan de orde gekomen dat met het vooreerst hanteren van de FKG's als afbakeningscriterium, niet alle verzekerden worden bereikt die als gevolg van een chronische aandoening hoge zorgkosten in het kader van de Zvw maken. De Tweede en de Eerste Kamer hebben er bij mij op aangedrongen het bereik van de compensatieregeling te verbeteren. Dit heeft ertoe geleid dat vanaf 2009 de compensatieregeling ook geldt voor mensen die in 2006 en 2007 hoge ziekenhuiskosten of kosten voor medisch specialistische zorg hadden. Ook wordt nagegaan hoe in de toekomst het (meerjarig) gebruik van Zvw-hulpmiddelen als criterium kan worden meegenomen.

Ook met deze aanpassingen blijft het echter mogelijk dat mensen wel meerjarige hoge zorgkosten in het kader van de Zvw hebben, maar niet onder de compensatieregeling vallen. Omdat het kabinet en ik me daarvan bewust zijn, zal verder worden onderzocht hoe de afbakening van de te compenseren groep verzekerden in de toekomst kan worden verbeterd.

Uw vraag of de compensatie, na aanpassing van de criteria die gelden voor de compensatieregeling, alsnog met terugwerkende kracht kan worden toegekend aan de mensen die deze compensatie met de bestaande regeling in 2008 hebben misgelopen, moet ik ontkennend beantwoorden. Artikel 118a van de Zvw, dat de

<sup>1</sup> Zie ook: Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet (ministerie van VWS, augustus 2007)



grondslag vormt voor de compensatieregeling, biedt niet de mogelijkheid de compensatie voor het verplicht eigen risico met terugwerkende kracht toe te kennen.

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Ik wijs erop dat de Tweede Kamer afgelopen zomer over het toekennen van de compensatie met terugwerkende kracht, de motie Van Gerven heeft aangenomen (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 203). Daarin werd de regering gevraagd de groep verzekerden die in 2009 wordt toegevoegd aan de te compenseren groepen, dan alsnog met terugwerkende kracht te compenseren. Voordat ik op 29 september 2008 mijn definitieve reactie op deze aangenomen motie-Van Gerven aan de Tweede Kamer heb gestuurd, heb ik de (juridische) mogelijkheden van compensatie met terugwerkende kracht diepgaand laten nagaan. Zoals hiervoor vermeld, bleek artikel 118a van de Zvw daarvoor een doorslaggevend obstakel.

**Ons kenmerk  
Z/VU-2910501**

Ik kan mij voorstellen dat u teleurgesteld bent dat volgens de huidige regeling de patiënten die uw stichting vertegenwoordigt, niet in aanmerking kunnen komen voor de compensatie van het eigen risico. Toch hoop ik u met mijn reactie van dienst te zijn geweest.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

