

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

555

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de vergoeding van besnijdenis op medische indicatie* (ingezonden 14 oktober 2013).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 november 2013)

Vraag 1

Kent u het bericht «Medisch noodzakelijke besnijdenis niet vergoed»?¹

Antwoord 1

Ja, dat bericht is mij bekend.

Vraag 2, 3 en 5

Deelt u de mening dat een richtlijn voor besnijdenis gebaseerd op uitsluitend medische noodzaak waarbij geen alternatieve behandeling mogelijk is, van groot belang is om praktijkvariatie en overbehandeling tegen te gaan? Bent u bereid om de totstandkoming van deze richtlijn te stimuleren? Zo ja, welke concrete acties ziet u voor zich? Op welke termijn denkt u dat een dergelijke richtlijn in werking kan treden?

Bent u bereid om de navolging van deze richtlijn jaarlijks te evalueren dan wel te laten evalueren door het veld en de resultaten daarvan te openbaren? Deelt u de mening dat een dergelijke evaluatie een grote zelfreinigende werking heeft en daarmee overbehandeling en praktijkvariatie mede helpt tegen te gaan?

Welke mogelijkheden ziet u om, indien er een richtlijn opgesteld wordt door het veld, de navolging daarvan jaarlijks wordt geëvalueerd en er helderheid is over de reële kosten die gemoeid zijn met besnijdenissen, de toegang tot medisch noodzakelijke besnijdenis als ultieme remedie bij bepaalde aandoeningen te waarborgen?

Antwoord 2, 3 en 5

In de media brengen urologen verschillende meningen naar voren over het aantal besnijdenissen dat vanwege medische noodzaak plaatsvindt. Daarom acht ik de totstandkoming van een eenduidige behandelrichtlijn essentieel. Ik roep de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) op hiertoe het initiatief

¹ Tros Radar, 7 oktober 2013

te nemen. De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een richtlijn ligt bij de beroepsgroep zelf en het is dus ook aan de beroepsgroep zelf op welke termijn een dergelijke richtlijn tot stand komt en in werking kan treden. Ook de (periodieke) evaluatie van een behandelrichtlijn behoort tot de verantwoordelijkheid van de betrokken beroepsgroep zelf. Ik onderschrijf dat een behandelrichtlijn en periodieke evaluatie daarvan bijdragen aan het voorkomen van overbehandeling en onverklaarbare praktijkvariatie. In dit stadium waarin er nog geen eenduidige behandelrichtlijn is wat onder een medisch noodzakelijke besnijdenis valt en wat niet, kan ik geen enkele uitspraak doen over eventuele mogelijkheden om de toegang tot medisch noodzakelijke besnijdenissen te waarborgen.

Vraag 4

Deelt u de mening dat het bestaan van grote verschillen in prijs voor een en dezelfde behandeling een ongewenste situatie is? Zo ja, bent u bereid om in overleg te treden met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om nieuwe behandelcodes af te spreken zodat de reële prijzen in rekening kunnen worden gebracht bij verzekeraars?

Antwoord 4

Ik deel die mening niet. De kosten voor besnijdenissen in ziekenhuizen variëren aangezien de DBC voor besnijdenissen een DBC in het vrije segment is. De prijsverschillen voor – onder meer – besnijdenissen tussen ziekenhuizen hangen samen met het systeem van vrije prijsvorming waarin de tarieven van deze behandelingen onderwerp zijn van afspraken tussen verzekeraar en aanbieder.

Vraag 6

Kunt u een overzicht geven van behandelingen die, net zoals besnijdenis op medische grond, niet in het basispakket zitten, maar waarvan wel oogluikend wordt toegestaan dat deze onder een andere behandelcode worden gedeclareerd? Zo ja, welke behandelingen betreft dit en wat gaat u met deze behandelingen doen?

Antwoord 6

Mij zijn geen signalen bekend dat er na het intrekken van het alternatieve registratieadvies voor de declaratie van besnijdenissen met medische indicatie nog behandelingen zijn die onder een andere behandelcode worden gedeclareerd.

Vraag 7

Kent u andere behandelingen waarvan, in sommige gevallen, de medische noodzaak absoluut onomstreden is, maar die toch niet zijn opgenomen in het basispakket? Zo ja, kunt u aangeven welke behandelingen dat volgens u betreft? Herinnert u zich in dit licht de eerdere vragen over het vergoeden van medische noodzakelijke zorg?²

Antwoord 7

Bij de pakketmaatregelen in de curatieve zorg die per 1 januari 2005 zijn doorgevoerd, zijn de criteria gehanteerd dat behandelingen worden uitgesloten die een onverklaarbaar grote variatiebreedte hebben en dat behandelingen worden uitgesloten die in de meeste gevallen niet strikt medisch noodzakelijk zijn. Consequentie van toepassing van deze criteria is dus dat in een beperkt aantal gevallen ook medisch noodzakelijke behandelingen van het pakket wordt uitgesloten. Met toepassing van deze criteria zijn per 1 januari 2005 onder meer de behandeling voor correctie van de oorstand, de behandeling voor correctie van de buikwand (vetschortoperatie) en de besnijdenissen uit het pakket verwijderd.

In zijn beantwoording van de in de vraag genoemde eerdere Kamervragen over medisch noodzakelijke zorg is de toenmalige minister van VWS nader ingegaan op deze criteria.

Behalve als gevolg van toepassing van de hiervoor genoemde criteria is ook andere medisch noodzakelijke zorg van het basispakket uitgesloten, zoals

² Aangangsel Handelingen, vergaderjaar 2004–2005, nr. 1594

tandheekkundige zorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder en –
eveneens voor verzekerden van achttien jaar en ouder – de eerste twintig
behandelingen met fysio- of oefentherapie, ook bij indicaties op de zoge-
naamde chronische lijst.

Deze zorgvormen zijn uitgesloten van het basispakket omdat deze tot de
eigen verantwoordelijkheid van verzekerden worden gerekend en het daarom
niet noodzakelijk is dat deze verplicht collectief verzekerd worden via het
basispakket.