

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

2007

Vragen van het lid **Agema** (PVV) aan de Minister voor Medische Zorg over *de stand van zaken naar aanleiding van het bericht: «Martine en Marieke moesten borstenfoto's opsturen aan hun verzekeraar»* (ingezonden 12 juni 2024).

Antwoord van Minister **Dijkstra** (Medische Zorg) (ontvangen 18 juni 2024).

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht 'Martine en Marieke moesten borstenfoto's opsturen aan hun verzekeraar', de mondelinge vragen van het lid Agema naar aanleiding van dit bericht, de Kamerbreed medeondertekende motie van het lid Agema en de brieven van de Minister over dit onderwerp?^{1 2 3 4 5}

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met dit bericht. Op 4 juni 2024 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rondom gesprekken met zorgverzekeraars over het gebruik van foto's bij machtigingsaanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard.⁶ Hieronder ga ik in op uw aanvullende vragen over dit onderwerp.

Vraag 2

Klopt het dat zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen een machtigingsaanvraag te laten vervallen?

Antwoord 2

Ja, dat klopt. Zorgverzekeraars kunnen besluiten dat een tot dan toe bestaand machtigingsvereiste vervalt voor een bepaalde behandelsoort, zie ook vraag 3.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1140

² NOS, 12 februari 2024, «Martine en Marieke moesten borstenfoto's opsturen aan hun verzekeraar» (<https://nos.nl/artikel/2508550-martine-en-marieke-moesten-borstenfoto-s-opsturen-aan-hun-verzekeraar>)

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1252

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1121

⁵ 2024D11127

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1252.

Vraag 3

Klopt het dat de zorgverzekeraars daarbij zelf bepalen of er een machtigingsaanvraag nodig is, en of patiënten nog steeds vooraf intieme foto's moeten overleggen aan de zorgverzekeraar, bij verminking na brandwonden, abnormale borstvorming of het verwijderen na een maagverkleining, ondanks de breed ondertekende motie van het lid Agema c.s. over geen blootfoto's verlangen bij hersteloperaties?

Antwoord 3

Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om te controleren of sprake is van verzekerde zorg. Zorgverzekeraars kunnen bepalen voor welke vormen van zorg zij een vorm van toetsing nodig achten op de vraag of de zorginzet verzekerde zorg is, bijvoorbeeld via het instrument van machtigingen. Zie ook mijn antwoord op vraag 7, over wanneer zorgverzekeraars het machtigingsvereiste niet of niet meer nodig vinden. Een zorgverzekeraar legt in zijn polisvoorwaarde vast voor welke vormen van zorg zij een machtigingsvereiste stellen. In het Besluit Zvw is bepaald dat een behandeling van plastisch-chirurgische aard alleen in bepaalde gevallen onder de verzekerde zorg valt, onder andere voor correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Behandelingen die een puur cosmetisch karakter hebben zijn op basis van het Besluit Zvw uitgesloten van vergoeding, omdat er geen sprake is van een medische noodzaak. Om te voorkomen dat patiënten achteraf met rekeningen worden geconfronteerd, passen de zorgverzekeraars het systeem van machtigingen toe, zodat er voorafgaand aan de behandeling duidelijkheid is voor de patiënt. De wettelijke omschrijving van de beoordeling van verminking of een lichamelijke functiestoornis vraagt om een «visuele beoordeling», waardoor volgens de zorgverzekeraars medische foto's nodig zijn. De behandelend arts voegt deze medische foto's toe aan de machtigingsaanvraag, via het beveiligde VECOZO portaal, wanneer de arts namens de patiënt de aanvraag verzorgt. Wanneer de zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag ontvangt zonder de noodzakelijke medische foto's, dan vraagt de zorgverzekeraar deze op bij de behandelend arts, met het verzoek deze te sturen via het beveiligde VECOZO portaal, waardoor de medische foto direct op de juiste plaats bij de zorgverzekeraar terecht komt. Patiënten hoeven deze foto's dus niet zelf te overleggen.

Vraag 4

Kan dit ertoe leiden dat verzekeraars op verschillende wijze met machtigingsaanvragen omgaan?

Antwoord 4

Het is niet de bedoeling dat verzekeraars op verschillende wijze met machtigingsaanvragen omgaan. De medisch adviseurs bij de zorgverzekeraars werken via een medische richtlijn van de wetenschappelijke vereniging, de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV). Deze gezamenlijke werkwijze borgt dat er geen uiteenlopende werkwijzen tussen verzekeraars ontstaan.

Vraag 5

Hoe verlopen de overleggen met de verzekeraars, de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), het Zorginstituut Nederland (ZINL) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) om het proces van de machtigingsaanvragen te verbeteren? Zijn er al concrete verbetervoorstellen?

Antwoord 5

De zorgverzekeraars en de Vereniging Artsen Volksgezondheid blijven voortdurend, samen met ZINL en de NVPC, in gesprek over het verder optimaliseren van het proces van machtigingsaanvragen en de criteria voor de beoordeling van verminking en lichamelijke functiestoornis. Op 4 juni 2024 heb ik de uw Kamer per brief geïnformeerd over de laatste stand van zaken rond de gesprekken. Op dit moment kan ik nog geen nieuwe ontwikkelingen melden.

Vraag 6

Klopt het dat de patiënten niet betrokken zijn bij deze overleggen en zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Het klopt inderdaad dat de patiënten niet zijn betrokken bij de overleggen. De gesprekken gaan over de werkwijze tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en hun onderlinge afspraken hoe te handelen bij machtigingen.

Vraag 7

Wie besluit uiteindelijk over de voorwaarden voor de machtigingsaanvragen?

Antwoord 7

Uiteindelijk beslissen de zorgverzekeraars vanuit hun wettelijke taak of zij voor een bepaalde behandeling wel of geen machtigingsvereiste stellen, en zo ja op welke wijze. Zij doen dit zolang dit proportioneel en noodzakelijk is vanuit die wettelijke taak. Als het vereisen van machtigingen niet of niet meer noodzakelijk en proportioneel is, dan worden deze niet of niet meer door de zorgverzekeraar verlangd. Als bijvoorbeeld voor een bepaalde behandeling de machtigingsaanvragen standaard worden goedgekeurd, dan is een inhoudelijke beoordeling door de medisch adviseurs niet van toegevoegde waarde en zullen zorgverzekeraars ervoor kiezen deze te laten vervallen. Als voor bepaalde behandelingen een groot aandeel van de aanvragen niet voldoet aan de criteria van verzekerde zorg, dan is dat juist een reden om de machtigingsaanvraag niet te laten vervallen, omdat anders zonder de machtigingsaanvraag veel zorg onrechtmatig vergoed zou worden. In die situaties zouden zorgverzekeraars de vergoeding achteraf bij patiënten moeten terugvorderen.

Zorgverzekeraars geven hun machtigingsbeleid vorm in overleg met de betreffende beroepsgroep.

Vraag 8

Klopt het dat de werkwijze die zorgverzekeraars hanteren (die is opgesteld voor de beoordeling van behandelingen van plastisch-chirurgische aard) leidt tot knelpunten en schrijnende situaties in de praktijk?

Antwoord 8

De situaties die zijn voorgevallen waar de NOS over bericht, zijn schrijnend en ik vind dit uiterst veelevend voor de betrokken vrouwen. Ik wil echter ook graag benoemen dat de voorgekomen gevallen incidenten zijn die ik betreur, en geen structurele gevolgen van de gehanteerde werkwijze.

Verder is het goed om te benoemen dat de medische adviseurs die verantwoordelijk zijn voor het beoordelen van de machtigingsaanvragen BIG-geregistreerd zijn en onafhankelijk werken op basis van hun medische beroepsnormen. Ondanks de zorgvuldige en professionele beoordeling door de medisch adviseurs zullen er altijd situaties kunnen zijn waarin een verzekerde/patiënt of behandelend arts het niet eens is met een oordeel van de medisch adviseur of iets wel of geen verzekerde zorg is. In het geval dat een verzekerde het niet eens is met een beoordeling van de machtigingsaanvraag door de zorgverzekeraar, kan deze, na een bezwaar bij de zorgverzekeraar, een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).⁷

Vraag 9

Wordt deze werkwijze zo snel mogelijk geëvalueerd en waar nodig herzien? Worden plastisch chirurgen en patiënten daarbij betrokken?

Antwoord 9

Ja, dit klopt. De werkwijze rond machtigingsaanvragen wordt momenteel door partijen tegen het licht gehouden, in afstemming met VWS. De plastisch chirurgen zijn daarbij betrokken. Zoals ik onder vraag 5 aangeef, ligt dit proces bij de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en het Zorginstituut Nederland. Vertegenwoordigers van patiënten zijn niet aanwezig bij deze gesprekken.

⁷ Uit data van de SKGZ blijkt dat sinds 2020 107 geschillen rondom de vergoeding van plastische chirurgische zorg door de geschillencommissie van de SKGZ zijn behandeld. Zorgverzekeraars zijn in 93% van de behandelde geschillen in het gelijk gesteld.

Vraag 10

Hoe kan het dat ondanks uw brief, waarin wordt aangegeven dat zorgverzekeraars geen zeggenschap hebben over het professionele oordeel van de medisch specialist, patiënten en artsen laten weten dat patiënten na traumatische gebeurtenissen zoals het doormaken van borstkanker maar ook bij andere verminkingen, nog steeds zonder opgaaf van reden worden afgewezen door de zorgverzekeraar?

Antwoord 10

Juist na het doormaken van een traumatische gebeurtenis, is er alles aan gelegen dat het proces van de machtigingsaanvraag soepel en zorgvuldig verloopt. Het ontvangen van een afwijzing zonder opgaaf van reden past en hoort overduidelijk niet in een zorgvuldig proces.

De zorgverzekeraar als organisatie heeft geen zeggenschap over het professionele oordeel van de medisch beoordelaar bij die zorgverzekeraar. Als de medisch adviseur de machtigingsaanvraag afwijst, dan moet dit besluit gemotiveerd zijn. Het is dus zeker niet de bedoeling dat een patiënt zonder opgaaf van redenen een afwijzing ontvangt. Indien dit toch onverhoopt het geval is, kan hij of zij contact opnemen met de betreffende zorgverzekeraar, zodat deze motivatie alsnog overlegd kan worden. Ook heeft de patiënt het recht om een klacht in te dienen bij de zorgverzekeraar. Indien dat niet tot een oplossing leidt, kan de verzekerde zich wenden tot de SKGZ (zie ook het antwoord op vraag⁸).

Vraag 11

Bedoelt u dat alle machtigingsaanvragen in de praktijk worden beoordeeld door een medisch adviseur met BIG-registratie, gelet op uw schrijven dat medisch adviseurs van zorgverzekeraar die verantwoordelijk zijn voor het beoordelen van de machtigingsaanvragen BIG-geregistreerd zijn?

Antwoord 11

Ja, ik bedoel dat de machtigingsaanvragen door BIG-geregistreerde medisch adviseurs worden beoordeeld of door gespecialiseerde medewerkers die vallen onder de functionele medische eenheid onder directe verantwoordelijkheid van de BIG geregistreerde professional. Voor deze BIG-geregistreerde professional geldt – gelijk als voor alle BIG-geregistreerde zorgprofessionals – de wettelijke geheimhoudingsplicht. Voor de professional die valt onder de directe verantwoordelijkheid van de BIG-geregistreerde professional geldt de afgeleide geheimhoudingsplicht.⁹ Voor meer informatie over de werking van deze verantwoordelijkheidsverdeling en het gebruik van persoonsgegevens verwijs ik naar de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.¹⁰

Vraag 12

Hoe kan het dat medisch adviseurs van zorgverzekeraars, die de patiënt niet eens hebben gezien, een machtiging kunnen afwijzen nadat de patiënt een zorgvuldig proces heeft doorlopen met een plastisch chirurg?

Antwoord 12

Zorgverzekeraars toetsen of de zorg voldoet aan de vergoedingscriteria conform de Zvw, waar de plastisch chirurg toetst of de zorg voldoet aan de medische richtlijnen van de beroepsgroep.

Het is aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar of de aanvraag voldoende informatie bevat om te kunnen beoordelen of dat de verzekerde gezien moet worden.

Vraag 13

Op welke wijze wordt de beoordeling door een medisch specialist meegewogen bij het besluit door de zorgverzekeraar om de aanvraag af te wijzen?

⁸ 2024D11127

⁹ Artikel 7:457 BW en artikel 88 Wet BIG.

¹⁰ https://www.zn.nl/app/uploads/2023/02/BI-14-7248-Gedragscode-Verwerking-Persoonsgegevens-Zorg_Geactualiseerde-Gedragscod_augustus-2021.doc.pdf.

Antwoord 13

De informatie die de medisch specialist indient bij de machtigingsaanvraag is de informatie waarop de zorgverzekeraar beoordeelt of de behandeling verzekerde zorg is of niet. Het mag worden verwacht dat de behandelend arts alleen een machtigingsaanvraag doet als hij/zij inschat dat sprake zal zijn van verzekerde zorg, maar het oordeel is aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

De behandelend arts is uiteraard wel degene die in gesprek met de patiënt beoordeelt of de zorg passend is, maar dat staat los van de vraag of de zorg verzekerd is of niet. Zie ook vraag 12.

Vraag 14

Welke mogelijkheden hebben patiënten en plastisch chirurgen om bezwaar te maken tegen een besluit?

Antwoord 14

In het geval dat een verzekerde het niet eens is met een beoordeling van de machtigingsaanvraag door de zorgverzekeraar, kan deze zich wenden tot de zorgverzekeraar. Uit navraag bij de zorgverzekeraars heb ik begrepen dat zij de verzekerde altijd uitgebreid informeren waarom de machtigingsaanvraag is afgewezen. Na een bezwaar bij de zorgverzekeraar, kan de verzekerde een klacht indienen bij de SKGZ.

Vraag 15

Vindt u deze werkwijze wenselijk, en hoe ziet u deze werkwijze in het licht van een rechtelijke uitspraak uit 2021 dat het primaat bij de beoordeling van een medische behandeling bij de arts ligt, en dat de zorgverzekeraar niet op diens stoel mag gaan zitten

Antwoord 15

Ik deel de conclusie dat het primaat van een medische behandeling bij de behandelend arts ligt. De vraag die in de machtigingsprocedure voorligt is echter de vraag of sprake is van verzekerde zorg of niet zoals vastligt in het Besluit Zvw. Die beoordeling is belegd bij de zorgverzekeraar. Zie ook vraag 3. Wel vind ik het belangrijk om te benadrukken dat de medische adviseurs van de zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor het beoordelen van de machtigingsaanvragen BIG-geregistreerd zijn en onafhankelijk werken op basis van hun medische beroepsnormen.

Ik begrijp heel goed dat een machtigingsprocedure soms als belastend ervaren kan worden door een patiënt. Toch is deze procedure nuttig en nodig binnen het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Zorgverzekeraars hebben in ons stelsel de taak om te sturen op de doelmatigheid en rechtmatigheid van de zorguitgaven. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars er zorgvuldig op letten dat de middelen die alle burgers samen opbrengen voor de zorg, rechtmatig besteed worden aan verzekerde zorg. Door middel van de machtigingsprocedure weet een verzekerde voorafgaand aan hun behandeling of deze behandeling wel of niet wordt vergoed. Dit brengt de verzekerde duidelijkheid en dit voorkomt onverwachte rekeningen achteraf.

Vraag 16

Bent u bereid om samen met patiënten, zorgverzekeraars en plastisch chirurgen een vergoedingssysteem te onderzoeken dat uitgaat van vertrouwen in de patiënt en arts, en waarbij controle enkel steekproefsgewijs achteraf plaatsvindt?

Antwoord 16

Het werken met machtigingen is juist opgezet om voorafgaand aan de behandeling te beoordelen of wel of niet sprake is van verzekerde zorg. Daarmee wordt een beoordeling achteraf voorkomen. Juist die beoordeling achteraf zou kunnen leiden tot onzekerheid bij verzekerden die onverwachte rekeningen gepresenteerd zouden kunnen krijgen. Specifiek bij een specialisme als de plastische chirurgie, waarbij een groot deel van de geleverde zorg geen verzekerde zorg is, werkt het werken met de machtigingsaanvraag juist ter verduidelijking en bescherming van de verzekerde. Zie ook vraag 6.