

Feedback conceptrapport vaccinatieadvies RVS vanuit 5.1.2e en 5.1.2e

Recent heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving een conceptrapport opgeleverd over het vaccinatielandschap. Voor de gelegenheid is de feedback in drie delen gestructureerd, namelijk onder:

- a) de bezwaren die wij zien voor uitvoerbaarheid van (onderdelen) van de voorgestelde oplossing
- b) de overige bezwaren die wij hebben
- c) overige vragen of onduidelijkheden die wij signaleren

a) Uitvoerbaarheid van het voorgestelde

Uit de samenvatting (zie pagina 24 van het brede rapport):

5.1.2i

5.1.2i

Hoewel we de wens van de RVS begrijpen om de snelheid van de Zvw aan te grijpen om alle vaccinaties toegankelijk te maken, houdt het voorgestelde geen rekening met enkele essentiële kernpunten van de Zvw. De vraag of individuele preventie onder de reikwijdte van de Zvw kan vallen is niet zozeer een beleidsmatige aangelegenheid of kwestie van interpretatie, maar een essentiële stelselvraag. Op basis van het conceptadvies moeten wij concluderen dat het op zeer gespannen voet – en ons inziens onverenigbaar is – met de inrichting van de Zorgverzekeringswet.

De Zvw verplicht een private verzekering die publiek gereguleerd is. De Zvw schrijft voor dat degenen die in Nederland wonen of loonbelastingplichtig zijn een plicht hebben om met een private zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. De zorgverzekering komt tot stand door het sluiten van een verzekeringsovereenkomst tussen een verzekeringnemer en een verzekeraar en is dus geen automatische wettelijke verzekering op grond van de Zvw zelf (privaatrechtelijk model). De af te sluiten zorgverzekering - ook wel basisverzekering genoemd - is een specifieke regeling van schadeverzekeringen die worden gereguleerd in het Burgerlijk Wetboek (BW).¹ Ook een zorgverzekering is daarom een verzekering die strekt tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden. De vermogensschade bestaat uit de financiële schade die een verzekerde kan lijden als gevolg van een behoefte aan zorg of overige diensten als omschreven bij of krachtens de Zvw. Het betreft geneeskundige zorg (waaronder integrale eerstelijnszorg, huisartsenzorg en verloskundige zorg), mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging (waaronder kraamzorg), verblijf in verband met geneeskundige zorg en vervoer.²

De zorgverzekering is een schadeverzekering en geen sommenverzekering. Terwijl het bij de sommenverzekering niet uitmaakt of en in welke mate er sprake is van schade en of deze schade wordt vergoed (bijv. een levensverzekering)³, wordt de verzekerde bij de schadeverzekering

¹ Artikel 1, eerste lid, Zvw jo afdeling 2 van titel 17 van Boek 7 van het BW.

² Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is geregeld bij en krachtens artikel 10 Zvw.

³ De sommenverzekering is op grond van artikel 7:964 BW alleen toegelaten bij de persoonsverzekering en bij

gedeeltelijk of geheel schadeloos gesteld na het optreden van een verzekerd risico. Aan schadeverzekeringen worden de nodige Europeesrechtelijke randvoorwaarden gesteld. Die randvoorwaarden zijn er om een gelijk speelveld te creëren van concurrentievoorwaarden voor verzekeringsondernemingen binnen de Europese Unie (EU) en verzekerden te beschermen. Wij zien vanuit deze randvoorwaarden diverse obstakels voor het verruimen van de Zvw, voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar de bijlage 1 aan het einde van dit document. Voor nu volstaan we met een verwijzing naar de aspecten 'noodzakelijkheid, proportionaliteit en het algemeen belang', waar ons inziens het door de RVS voorgestelde vooralsnog geen sluitend antwoord geeft. Kort door de bocht gezegd: dat de organisatie van vaccinatiezorg nu niet goed genoeg gaat, betekent niet dat het daardoor noodzakelijk is om de voorziening onder de – privaatrechtelijke – Zvw te brengen. Een redenering om het andersom te organiseren – alle vaccinatiezorg vanuit een publieke voorziening – is vanuit het Europeesrechtelijke kader en gelet op het privaatrechtelijke karakter van de Zvw wel verdedigbaar.

Bovenstaande overziend, zou voor het vergoeden van een individueel risico de 'interpretatie' van Zorgverzekeringswet ertoe leiden dat het stelsel gewijzigd moet worden van een schadeverzekering naar een sociale volksverzekering, waarvan de haalbaarheid door de Raad niet onderzocht is. Bovendien zou een dergelijk advies in onze ogen voorbijgaan aan de voorliggende vraag; we zoeken naar een oplossing voor het vaccinatieprobleem en niet voor de inrichting van het zorgstelsel in den brede. In dat laatste geval zou namelijk meegewogen moeten worden of een 'andere interpretatie' ertoe zal leiden dat er meer zaken onder de reikwijdte van de Zvw zullen gaan vallen. Daarbij valt te denken aan brillen of hulpmiddelenzorg die nu onder de reikwijdte van de Wmo valt – met een potentieel forse stijging van de nominale premie tot gevolg.

b) Overige bezwaren

Blz. 24: [redacted] 5.1.2i

- In het verlengde van punt dat is beschreven onder a), is zijn er enkele vervolgvragen voor het bepleiten voor vergoeding vanuit één wetgevingskader.
- Een oplossing voor de verschillende adviestermijnen?
- Waarom? Wat zou je hiermee oplossen? Voordelen, nadelen?
 - Het is namelijk geen oplossing voor de verschillende bekostigingssystematieken binnen de Zvw (DBC (intramuraal) versus GVS (extramuraal)). Ook nu is het al een probleem dat zorgverleners in het ziekenhuis soms geen vaccinatie plaatsen (bijv. na verwijdering van een milt) en dat het voor de huisarts slecht navolgbaar is of dit nog moet gebeuren.

Blz. 24: [redacted] 5.1.2i

- Het is me niet helemaal duidelijk wat precies de bedoeling is, en wat dit zou oplossen (wat zijn de gevolgen van een evt. wijziging?).
- Leeftijd als indicatie erkennen verandert niet dat je bijv. nog steeds alle 60-plussers (collectief) zou vaccineren (griep)? Maar dan vanuit de Zvw?
- Geen garantie op vergoeding.
- Is het *doel* collectief (groepsimmunitet), of de *toepassing* (alle kinderen, alle 60-plussers, etc.)?
- Gevolgen voor andere geneesmiddelen/vormen van zorg?

Blz. 48: [redacted] 5.1.2i

verzekeringen die bij algemene maatregel van bestuur zijn aangewezen (ongevallen-arbeidsongeschiktheidsverzekering).

- Verschil intra- en extramuraal geldt voor alle geneesmiddelen, waarom voor vaccinaties een uitzondering maken?
- Ook de bepleitte uitzondering voor eigen bijdrage, eigen risico: idem.

c) Onduidelijkheden/onvolkomenheden

- Blz. 19: [redacted] 5.1.2i
- In het stuk wordt veel nadruk gelegd op advisering door het Zorginstituut. In die zin dient, bijvoorbeeld, het uitsluiten van de specifieke vergoeding van veel vormen van tandheelkundige zorg boven de 18 jaar gezien te worden als een politieke keuze.
- Blz. 23: [redacted] 5.1.2i
- Hoe groot is dit probleem (kwantificeren, hoeveel tekorten, etc.)?
 - Zie ook passage Tekorten (onder).
- Blz. 24: [redacted] 5.1.2i
- [redacted] 5.1.2i
- Ik begrijp de probleemstelling van deze passage niet helemaal. De GR kijkt toch breder dan alleen werkzaamheid en veiligheid, nl. publiek belang (vaccinatieprogramma), of dat vaccinatie als collectief belang of als individuele zorg moet worden aangemerkt?
- Blz. 24: [redacted] 5.1.2i
- [redacted] 5.1.2i
- Zin is niet af.
 - Markttoelating wordt niet geraakt door keuze voor Wpg of Zvw.
- Blz. 33: [redacted] 5.1.2i
- [redacted] 5.1.2i
- Zin loopt niet
- Blz. 36: [redacted] 5.1.2i
- [redacted] 5.1.2i
- Zin loopt niet
- Blz. 37, 38, 39: Uitvoeringstoets Zorginstituut
- Hoe verhoudt deze informatie zich tot het te verschijnen rapport van het Zorginstituut?
 - Knelpunten, signalen: zijn die te kwantificeren?

Tekorten

Het is mij niet duidelijk wat men bedoelt met vaccintekorten: bedoelt men dat er voor een ziekte nog geen vaccin is, of bedoelt men dat er wel een vaccin is, maar er is te weinig beschikbaar om alle mensen te vaccineren? Dat zijn namelijk wel twee verschillende situaties, het lijkt mij wenselijk dat dit goed wordt toegelicht in het rapport. Want van de 2^e situatie, daar heb ik niet zoveel signalen van ontvangen, ook niet vanuit mijn betrokkenheid bij het Meldpunt Geneesmiddelen tekorten.

Het onderzoek is niet ingegeven door de covid-crisis, maar veel oplossingen worden nu wel gebruikt in de covid-crisis.

Oplossing 1 (bundelen inkoopkracht): gebeurt nu al in de covid-crisis (op Europees niveau), maar of dat voor reguliere vaccins moet gebeuren, dat is aan 5.1.2e. Of dit relevant is, hangt ook af van de vraag wat men bedoelt met vaccintekorten. Worden vaccins alleen ontwikkeld als er een gegarandeerde afzetmarkt is (vgl. met antibiotica)?

Oplossing 2 (simuleren initiatieven Europees niveau): dat gebeurt nu al in de covid-crisis, en voor reguliere vaccins zijn er ook wel initiatieven.

Vaccinatieoverzicht

Algemeen mis ik de borging van het op 1 plek hebben van een vaccinatieoverzicht. Ik weet niet in hoeverre alle vaccinatiebewijzen centraal worden vermeld. De vraag is of dit een meerwaarde heeft. Is het nuttig in het LSP vaccinatiebewijzen te plaatsen? Veel versnippering rond de vaccinatiebewijzen: Je hebt het consultatiebureau boekje en de stempelkaart van het RVP, het gele boekje voor reizigersvaccinaties en de titerbepaling voor zorgberoepen wordt per brief verstuurd naar het individu. En hoe zit het met het bewijs van het covid-vaccin?

Flexibiliteit stelsel (blz. 8 v/d samenvatting)

Maak vaccineren bij andere aanbieders mogelijk.

- Ik mis hier de suggestie die de KNMP bij PG/GMT heeft gedaan om na te denken over de mogelijkheid om apothekers/in de apotheek te vaccineren.
- Afgelopen week stond in de krant dat apothekersassistenten en dokterass. in hun opleiding nu ook wordt geleerd om te prikken (verlengde arm constructie).

Overweeg het inrichten van specifieke vaccinatiecentra.

- Denk ook vooraf na over de gegevensuitwisseling.
- Volgens mij is er voor huisartsen een extra centje bij te verdienen voor het geven reizigersvaccinaties. Ik weet niet of zij blij zijn wanneer het centraal geregeld wordt. Dit zal ook wel voor het UWV/vaccinatiepunt gelden mbt. de hepatitisB en de titerbepaling.

Neem burgers en hun zorgen serieus

- Er zijn verschillende doelgroepen die bediend worden met vaccinaties: Er wordt in dit document gesteld dat het aanbod versnipperd is. Dit is ook voor de informatievoorziening. Denk goed na over een gezamenlijke communicatiestrategie die inclusief is; verschillende doelgroepen moeten bediend worden; kritische prikkers, verschillende culturen en religies, diverse leeftijden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Het NPI speelt al een rol in het geven van begrijpelijke en betrouwbare medicijninformatie. Mogelijk kan het NPI het RIVM hierin ondersteunen. Er is vanuit CBG, Lareb, KNMP en NHG al veel kennis op dit gebied.
- Als ik kijk naar de RVP-folders voor de kindervaccinaties, dan vraag ik mij af of deze op B2 niveau zijn geschreven en of deze ook in een andere taal verkrijgbaar zijn. Ook zijn de poppetjes in de folders en op de website blank.

BIJLAGE 1:

Europeesrechtelijke randvoorwaarden aan de Zvw

Schaderichtlijnen

Bij de vormgeving van een nieuwe zorgverzekering per 2006 is gekozen voor een privaatrechtelijke verzekering met publieke randvoorwaarden. Deze keuze riep de vraag op of de zorgverzekering inpasbaar zou zijn in het stelsel van de Europese richtlijnen inzake het directe schadeverzekeringsbedrijf. Deze schaderichtlijnen verbieden in beginsel om private verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Ook geven ze regels over solvabiliteit. Met de

schaderichtlijnen werd beoogd een gelijk speelveld te creëren van concurrentievoorwaarden voor verzekeringsondernemingen binnen de Europese Unie (EU) en verzekerden te beschermen. Artikel 54 van de toenmalige Derde schaderichtlijn voorzag in de mogelijkheid om ten aanzien van ziektekostenverzekeringen nadere regels te stellen uit hoofde van het algemeen belang.

Over de vraag of artikel 54 voldoende basis bood om de voor een solidaire verzekering noodzakelijke eisen aan private verzekeraars te kunnen stellen, liepen de meningen in juridische kring uiteen. In een brief van de Europese Commissie van november 2003 werd aangegeven dat de Derde schaderichtlijn Nederland de mogelijkheid geeft wettelijke bepalingen van algemeen belang vast te stellen die bindend zijn voor alle verzekeraars die zich op de Nederlandse ziektekostenverzekeringsmarkt willen begeven. De exceptie van artikel 54 van de Derde schaderichtlijn geldt volgens de Commissie ook in de situatie dat een lidstaat besluit de dekking van de wettelijke sociale ziektekostenverzekering in haar geheel op te dragen aan particuliere verzekeringsondernemingen die een dergelijke activiteit voor eigen risico uitvoeren. Volgens de Europese Commissie was een uitleg van artikel 54 mogelijk die Nederland in staat zou stellen aan de zorgverzekering wettelijke eisen te stellen op het vlak van:

- de verzekerings- en acceptatieplicht;
- een door elke zorgverzekeraar te bieden uniforme verzekeringsdekking;
- het verbod van premiedifferentiatie op grond van leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand en maatschappelijke omstandigheden van de verzekerde;
- een vereveningsfonds om verzekeraars te compenseren voor verlies voortvloeiend uit het risicoprofiel van hun verzekerdenbestand.

Of de in de Zvw gestelde eisen Europeesrechtelijk door de beugel kunnen is volgens de Commissie wel afhankelijk van de vraag of de bepalingen noodzakelijk en in verhouding zijn in het licht van de doeleinden van de zorgverzekering (proportionaliteit). Deze clausulering houdt verband met de Europeesrechtelijk gewaarborgde vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten. Met het oog daarop is naast een naturapolis ook de restitutiepolis geïntroduceerd. Verder is in de Memorie van Toelichting op de Zvw uiteengezet dat de publieke randvoorwaarden die aan de privaatrechtelijke zorgverzekering zijn gesteld het algemeen belang dienen en voldoen aan de vereiste noodzaak en proportionaliteit.

Solvency II

Thans beschikken de lidstaten van de EU nog steeds over de nodige vrijheid om het zorgverzekeringsstelsel naar eigen inzicht in te richten. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de lidstaten om hun gezondheidsbeleid te bepalen, alsmede de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging. Deze verantwoordelijkheid omvat het beheer van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, alsmede de allocatie van de daaraan toegewezen middelen. Dit is vastgelegd in artikel 168 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Evenzeer geldt daarbij de vrijheid van vestiging⁴ en het vrij verkeer van diensten.⁵ De schaderichtlijnen zijn vervangen door de richtlijn Solvency II.⁶ De mogelijkheid om in het algemeen belang af te

⁴ Artikel 49 VWEU.

⁵ Artikel 56 VWEU.

⁶ Richtlijn 2009/138/EG.

wijken, mits noodzakelijk en proportioneel, is blijven bestaan.⁷ De afwegingen voor het gebruik van deze mogelijkheid zijn niet gewijzigd.

In het advies over het wetsvoorstel tot wijziging van de Zvw in verband met het verstrekken van verzekerdenvloed merkt de Raad van State op dat in de zorg sprake is van een privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel met publiekrechtelijke randvoorwaarden.⁸ De Raad constateert dat met het wetsvoorstel (opnieuw) een stap wordt gezet in de richting van een zorgstelsel waarin het accent meer wordt gelegd bij de publiekrechtelijke randvoorwaarden. Dit roept volgens de Raad in meer algemene zin de vraag op hoe ver kan worden gegaan met het opschuiven naar een meer publiekrechtelijke aard van de zorgverzekeraars. De Raad roept de regering op aandacht te schenken aan het evenwicht tussen het privaatrechtelijke functioneren van zorgverzekeraars en het toenemend aantal publiekrechtelijke eisen en beperkingen van het zorgverzekeringsstelsel.

Naar aanleiding daarvan zij gewezen op het risico bij wijzigingen van het zorgverzekeringsstelsel dat er vanwege het samenstel van randvoorwaarden geen sprake meer is van verzekeraars die de zorgverzekeringen voor eigen risico uitvoeren. Dan zouden zorgverzekeringen moeten worden aangemerkt als publiekrechtelijke verzekering en zorgverzekeraars als publieke uitvoerders daarvan, terwijl het huidige zorgverzekeringsstelsel nu juist helemaal is geschoeid op privaatrechtelijke leest. Een dergelijke omslag leidt tot ernstige en grootschalige uitvoeringsproblemen, zeker wanneer het plotseling zou plaatsvinden naar aanleiding van een rechtelijke uitspraak in plaats van een weloverwogen invoering gepaard met de nodige waarborgen die passen bij een publiek zorgstelsel.

Staatssteun

Verder zijn er Europeesrechtelijke kaders met betrekking tot staatssteun. Die zijn vooral van belang voor de risicoverevening. Zorgverzekeraars dekken grofweg de helft van hun zorguitgaven zelf via de nominale premie, het eigen risico en de eigen bijdragen en voor de andere helft ontvangen zij een rijksbijdrage. Deze constructie is destijds door de Europese Commissie goedgekeurd in het kader van staatssteun. Bij wijzigingen dient de constructie opnieuw ter goedkeuring te worden aangemeld bij de Commissie. Er dient rekening mee gehouden te worden dat een meldingsprocedure veel tijd in beslag kan nemen.

Aandachtspunt bij de toetsing van het Nederlandse stelsel aan de Europese kaders voor staatssteun is dat de Commissie verlangt dat een ex-post mechanisme ter voorkoming van overcompensatie (claw back) wordt toegevoegd aan het stelsel. Verder is relevant dat de Europese Commissie een zogenaamde "fitness check" doet om te inventariseren of het huidige staatssteunkader voor Diensten van Algemeen Economische Belang (DAEB) nog up to date is of dat modernisering nodig is. De uitkomst van dit proces, en de betekenis ervan voor de voorliggende kwestie, is ongewis.

Grensoverschrijdende zorg

⁷ Artikel 206 richtlijn 2009/138EG.

⁸ W13.16.0425/III.

Vooralsnog buiten beschouwing blijven de richtlijnen, verordeningen en verdragen met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Daarover wordt hier slechts opgemerkt dat wijzigingen in het basispakket ook doorwerken in het recht op (vergoeding van) zorg buiten Nederland.