

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

3328

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het tweemaal betalen van eigen risico voor hetzelfde behandeltraject als gevolg van uitgestelde behandelingen door het afschalen van de reguliere zorg* (ingezonden 4 juni 2021).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 25 juni 2021).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de onderhands meegestuurde casus?¹

Antwoord 1

Het betreft een casus van een patiënt die in juni 2020 een telefonisch consult met een medisch specialist heeft gehad. Daarin werd afgesproken dat de patiënt weer contact zou opnemen als hij een ingreep wilde doorzetten. Vanwege COVID-19 was de ingreep op korte termijn niet mogelijk. Uiteindelijk vond in maart 2021 alsnog de eerste ingreep plaats en als ik het goed begrijp enkele dagen later de tweede. De kosten van de eerste ingreep zijn ten laste gebracht van zijn eigen risico voor 2020, omdat het ziekenhuis in december al een vervolg-dbc had geopend. De kosten die binnen de looptijd van een dbc worden gemaakt, worden namelijk toegerekend aan de dag (en dus het kalenderjaar) waarop de dbc is geopend. De kosten van de tweede ingreep kwamen ten laste van zijn eigen risico voor 2021. Hierdoor heeft de patiënt twee jaren achter elkaar zijn eigen risico moeten aanspreken, terwijl in 2020 alleen een telefonisch consult heeft plaatsgevonden.

Het is buitengewoon vervelend dat mensen hebben moeten wachten op hun behandeling, doordat de zorg was afgeschaald. Het is fijn om te vernemen dat de ingreep voor deze patiënt inmiddels doorgang heeft kunnen vinden. Dat dit ook financiële consequenties voor hem heeft gehad, betreur ik. Ik ben ermee bekend dat het eigen risico soms ten laste komt van een ander jaar dan het jaar waarin (een groot deel van) de behandeling plaatsvindt. Dit is voor burgers erg verwarrend en zij ervaren dit ook als onrechtvaardig. Dit speelt breder dan alleen bij uitgestelde zorg tijdens deze pandemie. Naar aanleiding van Kamervragen over vergelijkbare casuïstiek, heeft toenmalig Minister Bruins de NZa om advies gevraagd.² U hebt het advies van de NZa

¹ Onderhands meegestuurde casus

² Aanhangsel Handelingen, Tweede Kamer 2019–2020, nr. 1491

en mijn reactie daarop ook ontvangen.³ De NZa adviseert om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek. In mijn reactie heb ik aangegeven dat ik dat een interessante gedachte vind voor de langere termijn en dat VWS daarom in overleg met de NZa en betrokken partijen nader zal verkennen wat daarvoor de mogelijkheden en aandachtspunten zijn.

Vraag 2

Bent u bekend met het feit dat het afschalen van de reguliere zorg als gevolg van de pandemie heeft gezorgd voor het verlengen van Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-trajecten, waardoor mensen in veel gevallen hierdoor zowel in 2020 als in 2021 een eigen risico moeten betalen voor hetzelfde behandeltraject?

Antwoord 2

Ik ben ermee bekend dat het afschalen van reguliere zorg als gevolg van de pandemie heeft gezorgd voor het verlengen of uitstellen van behandeltrajecten. Wat daarvan de gevolgen zijn voor het eigen risico hangt af van allerlei individuele factoren. Voor mensen die hun eigen risico sowieso al vol maken, zoals een deel van de chronisch zieken, zal verlengen van een behandeltraject geen consequenties hebben voor hun eigen risico. Voor mensen die weinig andere zorgkosten hebben, mogelijk wel.

Vraag 3

Hoe vaak is dit in de periode 2020–2021 voorgekomen?

Antwoord 3

Dat is mij niet bekend. Meer in algemene zin kan ik wel zeggen dat de NZa in het eerdergenoemde advies heeft opgenomen dat jaarlijks circa 870.000 patiënten een behandeltraject hebben dat over de kalenderjaargrens heen loopt. Bij circa 80.000 patiënten wordt het eigen risico aangesproken in het ene jaar terwijl zij zorg in een ander jaar ontvingen, deze patiënten ondervinden nadeel van de huidige systematiek van het eigen risico. Ongeveer 105.000 patiënten ondervinden juist voordeel van de systematiek, omdat zij hun eigen risico voor dat jaar al volledig hadden benut.

Vraag 4, 5

Bent u het ermee eens dat het oneerlijk is om mensen tweemaal een eigen risico te laten betalen voor hetzelfde behandeltraject, indien deze enkel is verlengd als gevolg van het afschalen van de reguliere zorg en zij dus geen extra zorg hebben ontvangen? Kunt u dit toelichten?

Bent u bereid om een coulanceregeling in het leven te roepen om deze mensen te compenseren voor het feit dat zij, als gevolg van het afschalen van de reguliere zorg, twee keer een eigen risico hebben moeten betalen? Kunt u dit toelichten?

Antwoord 4, 5

Voorop staat dat een patiënt alleen eigen risico betaalt voor de zorg die hij daadwerkelijk heeft ontvangen. Hij betaalt dus niet voor een operatie die niet heeft plaatsgevonden. Of een verzekerde financieel nadeel ondervindt van bijvoorbeeld een uitgestelde operatie is afhankelijk van de vraag hoeveel andere zorgkosten hij vorig jaar en dit jaar heeft. Als patiënten zowel in 2020 als in 2021 zorg hebben ontvangen, zullen zij in veel gevallen in beide jaren hun eigen risico aanspreken. Dat is voor deze patiënten niet anders dan voor andere patiënten die twee of meerdere jaren achter elkaar zorg ontvangen. Daarom acht ik het – naast uitvoeringstechnische uitdagingen – niet nodig om een coulanceregeling in het leven te roepen voor deze mensen.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1072 en Kamerstuk 29 689, nr. 1089

Vraag 6

In reactie op het rapport «Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek»⁴, stelde u nader te gaan verkennen wat er voor nodig zou zijn om het eigen risico los te koppelen van de DBC-systematiek.⁵ Hoe staat het inmiddels met het onderzoek hiernaar?

Antwoord 6

Deze verkenning bevindt zich in een afrondende fase. Ik streef ernaar de Tweede Kamer de verkenning nog voor het zomerreces te doen toekomen.

⁴ Nederlandse Zorgautoriteit, april 2020, «Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek» (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_314144_22/1/)

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 1089