

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

1491

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *meerdere keren het eigen risico aanspreken* (ingezonden 10 december 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 24 januari 2020) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 1192

Vraag 1

Deelt u de mening dat het onrechtvaardig is dat bij één Diagnose Behandeling-combinatie (DBC), meerdere keren het eigen risico wordt aangesproken?¹

Antwoord 1

Ja, het zou onjuist zijn als iemand meerdere keren eigen risico zou betalen voor één dbc. Daarvan is echter geen sprake. Een verzekerde betaalt maar één keer eigen risico voor één dbc.

Toch kan het gebeuren dat iemand twee keer of vaker zijn eigen risico moet aanspreken voor – gevoelsmatig – één en dezelfde behandeling. Het kan namelijk gebeuren dat er voor een patiënt één of meer vervolgd-bc's worden geopend.

De reden hiervoor is dat een dbc maximaal 120 dagen mag duren. Is de behandeling dan nog niet afgerond, dan moet direct aansluitend op de eerdere dbc een nieuwe – vervolg – dbc worden geopend. Medisch-specialisten kunnen daarmee meteen zien dat iemand al langer patiënt is in een instelling en dat er sprake is van een vervolgbehandeling. Ook hebben zij met vervolgd-bc's beter zicht op de totale hoeveelheid zorg die de patiënt heeft ontvangen.

Als die vervolgd-bc in een nieuw kalenderjaar wordt geopend, geldt hiervoor opnieuw een eigen risico. Het kan ook gebeuren dat een dbc al eerder is geopend dan de patiënt beseft. Bijvoorbeeld omdat de patiënt in het verleden al eens voor dezelfde aandoening in het ziekenhuis is behandeld.

Dit maakte ook de patiënt mee die aan het woord kwam in de uitzending van Kassa van 7 december 2019. Deze patiënt moest eigen risico betalen voor een vervolgd-bc die in 2018 was geopend, terwijl hij alleen in 2019 in het ziekenhuis was geweest. Ik kan mij heel goed voorstellen dat deze situatie voor verwarring zorgt bij patiënten en ik begrijp dat zij dit als onrechtvaardig

¹ Kassa, 7 december 2019, «Minister Bruins wil in gesprek met de NZa om «dit soort situaties voortaan te kunnen voorkomen» (<https://www.bnnvara.nl/kassa/artikelen/eigen-risico-betalen-terwijl-je-geen-behandeling-hebt-gehad-hoe-zit-dat>).

ervaren. Ik vind dit dan ook geen goede gang van zaken. Daarom heb ik in de uitzending laten weten dat ik ga uitzoeken hoe we dit soort situaties voortaan kunnen voorkomen.

Ik vind het bovendien belangrijk dat mensen over goede informatie beschikken over de zorg en dat zij kunnen begrijpen waarom zij een deel van de kosten zelf moeten betalen en welk deel dat is. In mijn eerdere beantwoording van Kamervragen over dit onderwerp heb ik aangegeven welke rol zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben bij deze informatievoorziening.² Meer informatie over dbc's en het eigen risico vindt u in de factsheet in de bijlage.³ Deze factsheet is ook te vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Vraag 2

Ondersteunt u de uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat het DBC-systeem moet worden afgeschaft? Zo ja, welke voorstellen gaat u doen voor alternatieven en wanneer? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Mijn ambitie is om in de zorg de kwaliteit en de uitkomsten voor de patiënt centraal te stellen. Dit moet ook tot uiting komen in de manier waarop we de zorg organiseren en betalen. Daarin moeten niet het aantal verrichtingen, waarop het huidige systeem gericht is, maar de kwaliteit en de uitkomsten van zorg leidend zijn.

Om dit te bereiken, heb ik een aantal acties ingezet. Zo is hier in de hoofdlijnenakkoorden 2019–2022 volop aandacht voor. Daarbij kijken wij ook nadrukkelijk naar het bekostigingssysteem. Want het huidige systeem van dbc's draait nog om de verrichtingen en niet zozeer om de uitkomsten voor de patiënt. De NZa is in opdracht van VWS bezig met een verkenning hoe de productstructuur zich kan ontwikkelen en vereenvoudigen. Op 4 oktober 2018 heb ik u geïnformeerd over het advies van de NZa over de doorontwikkeling van de bekostiging in de medisch specialistische zorg.⁴ Het advies ondersteunt onze ambities om over te gaan naar meer uitkomstgerichte zorg. Ik zie de uitspraak van de NZa in de uitzending van Kassa eveneens als ondersteunend aan de ambitie van het kabinet en in lijn met de werkzaamheden die NZa voor mij verricht (heeft) in de beweging naar uitkomstgerichte zorg. In de vervolgstappen naar aanpassing van het bekostigingssysteem hanteer ik een tweetrapsraket. In de eerste plaats moet in de contractering «waarde voor de patiënt» (uitkomsten van zorg) de norm worden. Hier zijn mogelijkheden voor die nu al benut kunnen worden, en waar het veld al mee aan de slag is gegaan. Dit is nodig om onder andere prikkels om meer verrichtingen te doen tegen te gaan bij een aanpassing van het systeem. Wanneer uit de eerste stap blijkt dat deze contractvormen inderdaad onze ambities verder brengen en het gebruik hiervan de norm is, kan gekeken worden naar het dbc-systeem. De NZa monitort de voortgang van deze ontwikkeling. Op 17 december 2019⁵ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de NZa Monitor inhoud contracten medisch specialistische zorg. Daaruit bleek dat in 2018 nog weinig aandacht was voor waarde en uitkomsten. In 2020 zal de NZa deze monitor herhalen. Daarnaast gaat zij hierover in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vanuit VWS zet ik ook in op het delen van goede voorbeelden van contracteren op uitkomsten met het programma Uitkomstgericht Zorg.

Vraag 3

Bent u bereid om – in ieder geval – werk te maken van het voorstel dat de heer Groot deed in de Kassa-uitzending, namelijk alleen over de eerste DBC eigen risico heffen en niet over vervolg-DBC's? Zo ja, bent u bereid dit vóór 1 januari 2020 te regelen? Zo nee, waarom niet?

² Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 854

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Kamerstuk 29 248, nr. 314

⁵ Kamerstuk 29 248, nr. 319

Antwoord 3

Uitgangspunt is en blijft dat mensen maar één keer eigen risico betalen voor één dbc. Dat dit in de praktijk onduidelijk is en voor verwarring zorgt, vind ik ongewenst. Ik wil echter wel goed uitzoeken wat de beste oplossing voor dit probleem is, voordat ik een beslissing neem. Elk systeem kent zijn voor- en nadelen en ik wil voorkomen dat we met een wijziging onbedoeld weer tegen een ander probleem aanlopen. Daarom kan ik nu nog niet ingaan op dit specifieke voorstel. Een eventuele wijziging in de dbc-systematiek (of het eigen risico) moet bovendien gebeuren in goed overleg met het veld en ook dat kost tijd. Ik kan dus wel toezeggen dat ik werk maak van de oplossing van dit probleem, maar ik kan niet vastleggen hoe en binnen welke termijn dit is geregeld. Zie verder mijn antwoord op vraag 4.

Vraag 4

Wat wordt uw insteek tijdens de gesprekken met de NZa over hoe situaties zijn te voorkomen waarin patiënten eigen risico moeten betalen voor een jaar dat zij geen zorg hebben ontvangen?

Antwoord 4

Op mijn verzoek onderzoekt de NZa de verschillende mogelijkheden en komt zij met een adviesbrief waarin deze opties met de voor- en nadelen worden toegelicht. Wijzigingen in de dbc-systematiek kunnen immers ook andere nadelen met zich meebrengen. Ik verwacht uw Kamer rond de zomer van 2020 te kunnen informeren aan de hand van de adviesbrief.