

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

854

Vragen van het lid **Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht over gemaakte zorgkosten in 2018 die betaald moeten worden in 2017* (ingezonden 15 november 2018).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 5 december 2018).

Vraag 1

Bent u bekend met de uitzending van Radar van 12 november 2018?¹

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met deze uitzending.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat patiënten de kosten van het eigen risico proberen te beperken door zorg uit te stellen naar een volgend jaar?

Antwoord 2

Dit hangt af van de situatie. In sommige gevallen kan wachten verantwoord zijn en kan een kwaal in de tussentijd ook weer overgaan. Ik vind het echter ongewenst als patiënten zorg uitstellen, terwijl dit medisch gezien niet wenselijk is. Daarom beogen verschillende compensatiemaatregelen de financiële toegankelijkheid tot zorg te borgen. Op landelijk niveau dragen bijvoorbeeld de uitzonderingen op het eigen risico, waaronder de huisarts, en de zorgtoeslag bij aan de financiële toegankelijkheid tot zorg. Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten en de financiële middelen om tot financieel maatwerk voor de cliënt te komen. Zij kunnen hieraan zelf vorm geven door bijvoorbeeld meerkostenregelingen voor mensen met zorgkosten of gemeentecollectiviteiten (inclusief regelingen voor het eigen risico) aan te bieden (zie Kamerstuk 29 538, nr. 231 voor een volledig overzicht). Ik zet mij er voortdurend voor in om de compensatiemaatregelen onder de aandacht van verzekerden te brengen (zie ook Kamerstuk 29 689, nr. 935).

¹ <https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/gemaakte-zorgkosten-in-2018-moeten-betalen-over-2017-mag-dat/>

Vraag 3

Is het feit dat mensen deels zorg mijden geen teken dat het eigen risico nog veel te hoog ligt?

Antwoord 3

Het eigen risico maakt verzekerden bewust van de kosten van zorg. Hierdoor worden zij gestimuleerd af te zien van onnodige (en onnodig dure) zorg. Deze remmende werking draagt bij aan de betaalbaarheid van zorg. Met het huidige eigen risico wordt een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid van de verzekerde en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd kan worden.

De meest recente gegevens over zorgmijding, gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers, staan in het onderzoek van het Nivel naar de omvang en aard van zorgmijding (zie Kamerstuk 29 689, nr. 664). Hieruit komt naar voren dat de stijging van het eigen risico in de afgelopen jaren niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Ook niet-financiële redenen (bijvoorbeeld de verwachting dat de klacht vanzelf overgaat) blijken een rol te spelen bij het afzien van zorg.

Vraag 4

Wat vindt u ervan dat door de structuur van Diagnose Behandelcombinaties (dbc's), patiënten geen zicht hebben over wanneer ze een rekening ontvangen en in welk jaar ze eigen risico moeten betalen?

Antwoord 4

Het dbc-systeem is complex, maar is over het geheel genomen beter dan veel alternatieven. Tegelijkertijd vind ik het belangrijk dat verzekerden weten waar ze aan toe zijn.

Verzekerden kunnen bij hun zorgverzekeraar navragen wat het effect is van de behandeling op het eigen risico. De verzekeraar is bij een dergelijke vraag verplicht een verzekerde ook te informeren over het polisjaar waarin het eigen risico verrekend zou kunnen worden en dat een vervolgd-dbc ertoe kan leiden dat het eigen risico van een verzekerde aangeslagen wordt in een ander jaar dan waarin het bezoek aan het ziekenhuis plaatsvond.

Daarnaast moet de zorgverzekeraar de verzekerde erop wijzen dat hij/zij bij de zorgaanbieder kan navragen of – en zo ja, wanneer – een vervolgd-dbc geopend wordt (zie artikel 16.5 van Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, TH/NR-10). In deze regeling (artikel 17) is ook bepaald dat zorgverzekeraars deze informatie op hun website moeten plaatsen. Ik vind het belangrijk dat zorgverzekeraars aandacht besteden aan de begrijpelijkheid van de informatie die zij verstrekken.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verstrekt informatie over de verrekening van het eigen risico. Zo heeft zij een factsheet op haar website staan², waarin toegelicht wordt hoe bepaald wordt over welk jaar een verzekerde eigen risico verschuldigd is en wat de rol van vervolgd-dbc's hierin is.

Vraag 5

Bent u bereid om het systeem zo aan te passen dat er alleen aanspraak gemaakt wordt op het eigen risico in het jaar dat het ziekenhuisbezoek plaatsvond? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Recent (zie Kamerstuk 29 248, nr. 314) heb ik u geïnformeerd over de doorontwikkeling van de bekostiging medisch specialistische zorg. Op dit moment is, volgens de NZa, veldpartijen en het Ministerie van VWS, een stabiele productstructuur noodzakelijk om de ontwikkeling richting contractering op «waarde voor de patiënt» (uitkomsten) te faciliteren. Het is belangrijk om daar nu de energie op te zetten. Als contracteren op waarde voor de patiënt meer de norm is geworden, kan verder onderzoek gedaan worden naar een vereenvoudiging van het onderliggende dbc-systeem.

² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3536_22/2/

Wel wil ik nogmaals benadrukken dat ik het belangrijk vind dat verzekeren over duidelijke en praktische informatie beschikken (zie ook mijn antwoord op vraag 4).