

Den Haag, 28 januari 2016

Op 15 oktober jl. heeft uw commissie mij om een reactie gevraagd op een burgerbrief. De dochter van de briefschrijver heeft in 2014 een screeningsgesprek gehad met GGnet en is vervolgens op een wachtlijst geplaatst. In 2015 heeft een intakegesprek plaatsgevonden. Recent heeft de dochter een rekening voor het eigen risico voor 2014 ontvangen. De briefschrijver heeft na navraag bij de aanbieder begrepen dat dit het geval is, omdat de facturering start op het moment dat de verwijfsbrief in het registratiesysteem wordt opgenomen. Daarmee wordt volgens de briefschrijver het staan op een wachtlijst in rekening gebracht. De briefschrijver geeft verder aan dat als betrokkene in 2015 voor een andere aandoening zorg ontvangt, hij of zij mogelijk in één kalenderjaar tweemaal het wettelijk eigen risico moet opbrengen. Dit valt volgens de briefschrijver zeker bij mensen met een uitkering of een laag inkomen erg zwaar.

Ik wil hier ingaan op een aantal specifieke punten uit de brief. De briefschrijver geeft aan dat – door een besluit van de Tweede Kamer – facturering start op het moment dat een verwijfsbrief in het registratiesysteem wordt opgenomen. Dit is niet het geval. Bij het verkrijgen van de verwijfsbrief start het zorgtraject, maar de DBC wordt pas geopend op de dag waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. In deze casus heeft in 2014 het screeningsgesprek plaatsgevonden. Dit screeningsgesprek is te typeren als de eerste patiëntgebonden activiteit en daarom is de DBC in 2014 geopend (en liep door tot augustus 2015 en werd toen afgesloten). Dat betekent ook dat de zorg onder deze DBC ten laste komt van het eigen risico van 2014 (maximaal 360 euro, ook als in dat jaar nog andere zorg wordt genoten).

In 2015 kan of een vervolg-DBC worden geopend – de initiële DBC kan in de GGZ maximaal 365 dagen openstaan – of wordt een DBC geopend voor een andere behandeling. De zorg in 2015 wordt dan ten laste gebracht van het eigen risico in 2015, wat alles bij elkaar in dat jaar nooit meer kan zijn dan 375 euro.

Nu kan het – zoals in het voorliggende geval – voorkomen dat de inning van het eigen risico over 2014 in 2015 plaatsvindt, terwijl in datzelfde jaar 2015 ook het eigen risico over 2015 wordt geïnd. Er is dus sprake van twee rekeningen die betrekking hebben op verschillende jaren, maar wel in één kalender worden ontvangen. Voor beide jaren wordt echter niet meer in rekening gebracht dan het wettelijk maximum aan eigen risico dat voor dat jaar geldt en wordt evenmin het staan op een wachtlijst in rekening gebracht.

De briefschrijver geeft aan dat het hem beter lijkt dat de facturering van het eigen risico per kalenderjaar plaatsvindt, omdat hierdoor voorkomen kan worden dat het eigen risico van twee kalenderjaren in één kalenderjaar wordt geïnd. We hebben ervoor gekozen alle DBC's niet standaard aan het einde van het kalenderjaar af te sluiten, maar indien nodig voor maximaal 365 dagen door te laten lopen tot in het volgende jaar. Hierdoor maakt het voor de duur van de DBC niet uit wanneer deze geopend is. De kosten van een GGZ-DBC zijn pas duidelijk nadat de DBC is afgesloten. Hierdoor is facturering per kalenderjaar niet mogelijk.

De zorg die de briefschrijver uit met betrekking tot mensen met een uitkering of een laag inkomen, kan ik wel op een andere manier adresseren. Ik wil de briefschrijver er namelijk graag op wijzen dat verzekeraars de mogelijkheid bieden om het eigen risico vooraf dan wel achteraf gespreid te betalen.

Ik hoop hiermee u en de briefschrijver voldoende uitgelegd te hebben hoe het stelsel werkt en waarom dit zo is.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers