

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1098

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 18 maart 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 1 december 2020 over de reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 januari 2021 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 17 maart 2021 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Inhoudsopgave	Blz.
I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
• Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
• Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
• Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	3
• Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	4
II Antwoord / Reactie van de Minister	5

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het eigen risico in combinatie met de diagnose behandelcombinatie (dbc)-systematiek (Kamerstuk 29689–1089).

Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

Kan de Minister aangeven wanneer het gezamenlijk advies van de NZa en het Zorginstituut Nederland over de randvoorwaarden voor gepast gebruik in de Kamer verwacht kan worden? Zal dit nog voor de Tweede Kamerverkiezingen zijn?

De leden van de VVD-fractie zijn het eens met de mening van de Minister om ook voor de korte termijn te kijken naar verbetermogelijkheden zijn als het gaat om welke informatie de patiënt nodig heeft om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor ziekenhuiszorg. De Minister geeft aan de NZa te zullen vragen te onderzoeken hoe keuzebegeleiding en informatie over kosten daadwerkelijk kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvrager. Spreekt de Minister met de NZa een termijn af waarop het onderzoek afgerond moet zijn?

Wordt er in overweging genomen om bij het onderzoek naar hoe keuzebegeleiding en informatie over kosten kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvrager ook patiënten te betrekken? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit over het eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek. Zij hebben in dit verband nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het eigen risico slimmer kan.

Wie naar een ziekenhuis moet, is vaak in één keer het volledig eigen risico van € 385 per jaar kwijt. Zeker voor mensen die minder te besteden hebben, is dit een hoge drempel die kan lijden tot zorgmijding. Vaak eindigen mensen dan later in een ingrijpendere, duurder zorgtraject. Daarna is de zorg juist ineens «gratis». Dat is onlogisch. Deze leden willen daarom toe naar een systeem met een maximale eigen bijdrage van € 100 per behandeling, voor maximaal vier behandelingen per jaar. Het eigen risico voor genees- en hulpmiddelen valt ook onder dit totaalbedrag. Zodra een patiënt naar het ziekenhuis moet en een diagnose-behandelcombinatie (dbc) wordt geopend, ontvangt deze een rekening van maximaal € 100. Zo wordt de rekening voorspelbaar en betaalbaar. Tegelijk houden we mensen bewust van de kosten, door ze steeds een

klein deel van de rekening te laten betalen. Kan de Minister reflecteren op de voorgaande bespiegeling van deze leden? Deelt zij dat een stelsel met een eigen bijdrage per behandeling kan bijdragen aan tijdig én gepast gebruik van zorg, en positievere gedragseffecten heeft dan het huidige eigen risico? Deelt de Minister voorts dat dit tenminste twee van de drie door de NZa gesignaleerde problemen kan verhelpen, te weten duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico en tijdigheid van de verrekening van het eigen risico? Onderschrijft zij dat veelal snel duidelijk is of de rekening het vaste maximumbedrag zal overschrijden en dit derhalve kan bijdragen aan tijdigheid? Kan de Minister voorts een parallel trekken tussen het D66-voorstel en dat van de NZa? Kan de Minister toelichten welke (extra) voor- en nadelen het voorstel van de NZa oplevert om het eigen risico op basis van de zorggebeurtenis in plaats van de dbc te bepalen? Ziet de Minister verschillen in uitvoerbaarheid voor verzekeraars en zorgaanbieders, de begrijpelijkheid voor de patiënt en de financiële consequenties? De leden van de D66-fractie vragen de Minister verder of de jaargrensproblematiek met vervolg-dbc's niet ook op te lossen valt door deze hard af te sluiten op de jaargrens of een vervolg-dbc te openen op de dag van vervolgbehandeling. Wat maakt deze opties volgens de Minister disproportioneel?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister voorts of een beeld kan worden geschetst van alle stappen die (ruwweg) zouden moeten worden doorlopen om de gehele dbc-systematiek om te zetten in zorggebeurtenissen. Kan nader worden onderbouwd hoeveel tijd een dergelijke wijziging zou kosten? Zij vragen dit met het oog op de wenselijkheid om de systematiek van het eigen risico in de komende jaren aan te passen. Verder zijn deze leden benieuwd wat de door de NZa voorgestelde wijziging in de toekomst zou betekenen voor de administratieve lastendruk. Hoe staat het met het overleg van het Ministerie met de NZa en betrokken partijen om nader te verkennen wat er voor nodig is om een dergelijke wijziging in de toekomst desgewenst door te kunnen voeren? Wanneer is de Minister voornemens de Kamer over een vervolg te informeren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat in Nederland zo'n 80.000 mensen nadeel ondervinden van de huidige systematiek. Een nadeel dat moeilijk te rechtvaardigen is. Toch wordt een oplossing voor dit probleem vooruitgeschoven.

Zij lezen dat de optie om vervolg-dbc's uit te sluiten van het eigen risico maar beperkt een oplossing biedt voor de jaargrensproblematiek. Naast de jaargrensproblematiek kan ook worden beargumenteerd dat het in eerste instantie al onrechtvaardig is dat iemand met een chronische aandoening jaarlijks het eigen risico kwijt is. Zoals een kankerpatiënt, die in het eerste jaar het eigen risico volledig moet betalen vanwege de behandeling, maar dat de rest van zijn of haar leven ook jaarlijks kwijt is vanwege de controleafspraken. Dus door een aanpassing aan de systematiek kunnen er twee vliegen in één klap worden geslagen. De jaargrensproblematiek wordt sterk verminderd en chronische patiënten krijgen niet jaarlijks een rekening voor hetzelfde medische probleem. Hoe ziet de Minister dat?

De leden van de GroenLinks-fractie zien ook dat er een hoop verbeterd kan worden in de informatievoorziening naar de patiënt. Een hoge zorgrekening krijgen is vervelend, maar al helemaal als je hem niet verwacht. Een mogelijkheid is vooraf vastgestelde bedragen per behandeling. De Minister zegt deze optie verder te willen onderzoeken. Kan de

Minister hier een tijdspad voor schetsen? Kan de Minister in deze verkenning meenemen wat een substantiële verlaging van het eigen risico hiervoor zou betekenen, net als het verlagen of afschaffen van het vrijwillig eigen risico?

Ten slotte hebben de leden van de GroenLinks-fractie nog een vraag over het eigen risico en uitgestelde zorg. Als een behandeltraject doorloopt over de jaargrens, vanwege het gebrek aan capaciteit nu, kan het zo zijn dat mensen nu twee keer hun eigen risico moeten betalen, terwijl zij dat zonder corona maar één keer kwijt waren. In normale omstandigheden moeten al 80.000 mensen twee keer het eigen risico betalen omdat behandelingen over de jaargrens heenlopen. Nu zullen dat er waarschijnlijk veel meer zijn. Mensen die vanwege het gebrek aan zorgcapaciteit financieel benadeeld worden, hebben nu dubbel pech. Ten eerste wordt hun zorg uitgesteld, met alle mogelijke gevolgen van dien, en ten tweede moeten ze twee keer zo veel eigen risico betalen. Meer kosten voor minder kwaliteit van zorg. Dat mensen nu langer moeten wachten op zorg kunnen we niet makkelijk oplossen, maar dat mensen daar extra voor betalen wel.

Hoe ziet de Minister dat? Welke mogelijkheden zijn er, eventueel voor een volgend kabinet, om deze mensen te compenseren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie zijn voorstander van afschaffing van het eigen risico. Het eigen risico is een boete op ziek zijn en ingegeven door wantrouwen richting de patiënt, terwijl niemand voor zijn of haar plezier naar de dokter gaat.

Deze leden willen eveneens af van de dbc-systematiek die dient als een productieprikkel. Zij willen deze systematiek vervangen door populatiebepoortering. Deze leden constateren dat de huidige systematiek voor veel mensen oneerlijk uitpakt. Voorts blijkt dat jaarlijks 80.000 mensen extra benadeeld worden door de huidige werking van het systeem omdat koppeling van het eigen risico aan de dbc-systematiek ervoor kan zorgen dat mensen het eigen risico moeten betalen over een jaar dat zij niet naar het ziekenhuis zijn geweest. Deze leden zijn van mening dat dit zo snel mogelijk moet stoppen.

De leden van de SP-fractie lezen dat de NZa stelt dat de voornaamste knelpunten de jaargrensproblematiek, de hoogte en de tijdigheid van de rekening zijn.

Zij lezen dat de Minister niet kiest voor het loskoppelen van het eigen risico van de dbc-systematiek, zoals de NZa adviseert, omdat dit een principiële aanpassing van de systematiek van het eigen risico zou betreffen. Deze leden vragen waarom dit een principiële aanpassing genoemd wordt, als dit nooit de bedoeling is geweest van het eigen risico.

De leden van de SP-fractie hebben de Minister in het verleden verzocht om vervolgd-*dbc's* uit te sluiten van het eigen risico. Zij lezen dat deze mogelijkheid niet wordt uitgewerkt omdat het zou leiden tot «strategisch zorggebruik».

Deze leden vragen wat hier precies mee wordt bedoeld. Is het niet zo dat het eigen risico *an sich* juist leidt tot strategisch zorggebruik, omdat mensen zorg mijden vanwege de kosten? Deze leden krijgen hier regelmatig berichten over binnen. Mensen, zeker zij met een lager inkomen, mijden het ziekenhuis tot het echt niet langer kan.

De leden van de SP-fractie stellen dat de NZa constateert dat dit een oplossing biedt voor de jaargrensproblematiek, maar niet of veel minder voor de andere twee knelpunten. Hetzelfde zou gelden voor het hard

afsluiten van de vervolg-dbc op de jaargrens en het openen van een vervolg-dbc op de dag van de vervolgbehandeling. Kan worden toegelicht waarom deze opties geen oplossing bieden voor de andere knelpunten? Zou niet eveneens op de andere knelpunten actie kunnen worden ondernomen, aanvullend op de maatregelen? Deze leden zijn het eens dat duidelijkheid over de hoogte van het eigen risico van belang is en dat de verrekening met het eigen risico tijdig moet plaatsvinden. Zij vragen welke mogelijkheden er zijn om meer duidelijkheid te verschaffen over de hoogte van de zorgkosten voor rekening van de patiënt.

De leden van de SP-fractie lezen dat het declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van op zorg-dbc de Minister aanspreekt, en dat nader onderzoek naar de effecten van een dergelijke aanpassing op onder andere de risicoverevening en het eigen risico nodig is voordat hierover een besluit genomen kan worden.

Deze leden vragen of dit onderzoek ook kan verkennen wat het afschaffen van het vrijwillig eigen risico, een substantiële verlaging van het verplichte eigen risico en het afschaffen van het eigen risico zouden kunnen betekenen voor het wegnemen van de knelpunten, teneinde meer duidelijkheid te creëren over de hoogte van de zorgkosten in het geval van dbc-gefinancierde zorg.

De leden van de SP-fractie vragen tot slot wat wordt gedaan om patiënten die vanwege uitgestelde zorg dubbel eigen risico moeten betalen, te compenseren.

II. Antwoord / Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vraag 1

De leden van de VVD-fractie vragen wanneer de Tweede Kamer het gezamenlijk advies van de NZa en het Zorginstituut Nederland over de randvoorwaarden voor gepast gebruik kan verwachten.

Op 27 november 2020 heb ik het advies «Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú» van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangeboden aan de Tweede Kamer.¹ Voorts heb ik u op 17 december een brief gestuurd over Doorontwikkeling Gepast Gebruik.²

Vraag 2

De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister met de NZa een termijn afspreekt waarop het onderzoek naar keuzebegeleiding en informatie over kosten afgerond moet zijn?

De NZa heeft aangegeven met het onderzoek naar keuzebegeleiding (in het kader van prijstransparantie) aan te willen sluiten bij het traject Passende Zorg, naar aanleiding van bovengenoemd advies dat zij samen met het Zorginstituut heeft gepubliceerd. De NZa is daarbij op dit moment bezig met het concretiseren van het onderzoeksvoorstel naar keuzebegeleiding en daarover in gesprek met diverse onderzoeksbureaus. Met de NZa is afgesproken dit onderzoek in elk geval dit jaar uit te laten voeren.

Vraag 3

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 536.

² Kamerstuk 29 248, nr. 326.

De leden van de VVD-fractie vragen of er in overweging wordt genomen om bij het onderzoek naar keuzebegeleiding en informatie over kosten ook patiënten te betrekken? Zo nee, waarom niet?

Het doel van de NZa is om gebruik te maken van een zo representatief mogelijke doelgroep bij dit onderzoek. Hierbij zullen daarom ook patiënten worden betrokken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vraag 4

De leden van de D66-fractie vragen of ik kan reflecteren op hun bespiegeling dat het eigen risico slimmer kan door over te stappen op een vaste eigen bijdrage van € 100 per behandeling, voor maximaal vier behandelingen per jaar.

Zoals ik in mijn brief van 1 december 2020³ heb aangegeven vind ik het ongewenst dat de huidige systematiek van het eigen risico voor verwarring zorgt. Uit de analyse van de NZa blijkt dat de meeste mensen geen financieel nadeel ondervinden van de huidige systematiek. Helaas zijn er echter ook 80.000 mensen die er wel door benadeeld worden. Daarom is het goed om te bekijken hoe het beter kan. Ook heb ik aangegeven dat ik het advies van de NZa om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek een interessante gedachte vind. VWS zal in overleg met de NZa en betrokken partijen (vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties) nader verkennen wat er voor nodig is om een dergelijke wijziging in de toekomst desgewenst door te kunnen voeren. Daarbij mag wat mij betreft ook gekeken worden naar alternatieve vereenvoudigingen van de systematiek van het eigen risico en in hoeverre die de door de NZa benoemde knelpunten oplossen. Verschillende varianten kunnen dan ook beoordeeld worden op uitvoerbaarheid voor verzekeraars en zorgaanbieders, de begrijpelijkheid voor de patiënt en de financiële consequenties. De leden noemen in hun vraag ook de gevolgen voor zorgmijding en kostenbewustzijn. Dat zijn inderdaad ook relevante aspecten die bij de verkenning betrokken dienen te worden. Ik ga nu niet inhoudelijk vooruitlopen op de uitkomst van die verkenning.

Vraag 5

De leden van de D66-fractie vragen of ik deel dat een stelsel met een eigen bijdrage per behandeling kan bijdragen aan tijdig én gepast gebruik van zorg, en positievere gedragseffecten heeft dan het huidige eigen risico.

Een stelsel van vaste eigen bijdragen per behandeling kan er voor zorgen dat verzekerden vooraf beter weten wat ze moeten betalen en zich langer gedurende het jaar bewust blijven van het feit dat zorg geld kost. Tegelijkertijd hebben ze er minder belang bij om te kiezen voor een ziekenhuis dat de behandeling tegen een gunstige prijs aanbiedt. Wat per saldo de gedragseffecten zijn, is lastig in te schatten. In Zorgkeuzes in Kaart is een analyse opgenomen van verschillende varianten om een vaste eigen bijdrage per dbc, zorgtraject of specialisme in te voeren. Daarbij wordt ook ingegaan op de verwachte gedragseffecten.⁴

Vraag 6

De leden van de D66-fractie vragen of ik deel dat dit tenminste twee van de drie door de NZa gesignaleerde problemen kan verhelpen, te weten

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1089.

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1075, maatregel 61.

duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico en tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.

Voor de duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico is het van belang om duidelijk te maken wat wordt verstaan onder een «behandeling»; geldt de vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis zoals de NZa heeft geadviseerd, of per dbc zoals in Zorgkeuzes in Kaart is doorgerekend?

Wat de voors en tegens van beide opties zijn, zal nader bekeken worden in de verkenning. Bij de volgende vraag ga ik in op de tijdigheid.

Vraag 7

De leden van de D66-fractie vragen of ik onderschrijf dat veelal snel duidelijk is of de rekening het vaste maximumbedrag zal overschrijden en dit derhalve kan bijdragen aan tijdigheid.

Of de patiënt de rekening sneller krijgt, hangt af van de wijze waarop zorgverzekeraars en ziekenhuizen uitvoering zouden kunnen geven aan een vaste eigen bijdrage per behandeling. Een verzekeraar weet pas dat een verzekerde een bepaalde behandeling heeft ondergaan als het ziekenhuis de behandeling declareert bij de verzekeraar. Daarna zal de verzekeraar het eigen risico innen. Voor het versnellen van de inning van de eigen bijdrage is mogelijk extra informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig.

Dat moet in de verkenning worden getoetst op uitvoerbaarheid en administratieve lasten.

Vraag 8

De leden van de D66-fractie vragen of ik een parallel kan trekken tussen het D66-voorstel en dat van de NZa.

Beide voorstellen beogen een vereenvoudiging door te voeren in de systematiek van het eigen risico door te werken met vaste eigen bijdragen bij het gebruik van medisch specialistische zorg die niet afhankelijk zijn van de hoogte van de zorgkosten. Ik zie dus inderdaad een parallel.

Vraag 9

De leden van de D66-fractie vragen of ik kan toelichten welke (extra) voor- en nadelen het voorstel van de NZa oplevert om het eigen risico op basis van de zorggebeurtenis in plaats van de dbc te bepalen?

De NZa geeft aan dat hun voorstel bijdraagt aan de duidelijkheid vooraf over de hoogte van het eigen risico, de tijdigheid van de verrekening en duidelijkheid over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken. Overige voor- en nadelen laat ik graag in kaart brengen in de verkenning die wordt uitgevoerd. Ik ga nu niet vooruitlopen op de uitkomst daarvan.

Vraag 10

De leden van de D66-fractie vragen of ik verschillen zie in uitvoerbaarheid voor verzekeraars en zorgaanbieders, de begrijpelijkheid voor de patiënt en de financiële consequenties.

Zie antwoord op vraag 9.

Vraag 11

De leden van de D66-fractie vragen verder of de jaargrensproblematiek met vervolg-dbc's niet ook op te lossen valt door deze hard af te sluiten op de jaargrens of een vervolg-dbc te openen op de dag van vervolgbehandeling.

Wat maakt deze opties volgens de Minister disproportioneel?

Het hard afsluiten van een dbc op de jaargrens is één van de opties die de NZa in haar advies heeft meegenomen. Deze mogelijkheid werd echter gezien als een beperkte oplossing, namelijk alleen voor de jaargrensproblematiek en niet voor de twee andere genoemde knelpunten. De patiënt heeft met deze oplossing niet eerder inzicht in het verbruik van het eigen risico of de hoogte ervan. Daarnaast neemt bij het hard afsluiten van een dbc op de jaargrens het aantal niet declarabele dbc's en de som van het totale bedrag toe. Ook over het openen van een vervolg-dbc op de dag van de vervolghandeling heeft de NZa geadviseerd. Ook deze mogelijkheid biedt geen oplossing voor de overige twee knelpunten en kent niet wenselijke gevolgen waardoor dbc-producten gemiddeld zwaarder worden en een daling in het aantal dbc's plaats zal vinden. Dit heeft gevolgen voor het inzicht van zorgaanbieders en -verzekeraars in vanwege een trendbreuk in de gegevens en heeft grote impact op de systemen.

Vraag 12

De leden van de D66-fractie vragen of een beeld kan worden geschetst van alle stappen die (ruwweg) zouden moeten worden doorlopen om de gehele dbc-systematiek om te zetten in zorggebeurtenissen.

Voordat gekeken kan worden naar een vereenvoudiging van de systematiek en af te rekenen op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's, moet hiervoor een belangrijk randvoorwaarde gerealiseerd zijn. Dit is het contracteren op uitkomsten/waarde voor de patiënt om de volume prikkel die uitgaat van declareren van zorgactiviteiten te verminderen. Hoeveel tijd deze omslag nodig heeft, is lastig in te schatten, maar zal niet binnen vier jaar gerealiseerd kunnen worden. Recent⁵ heb ik u nog over de voortgang geïnformeerd bij de monitor inhoud contracten.

Vraag 13

De leden van de D66-fractie vragen of nader kan worden onderbouwd hoeveel tijd een dergelijke wijziging zou kosten?

Zie hiervoor het antwoord op vraag 12.

Vraag 14

De leden van de D66-fractie vragen wat de door de NZa voorgestelde wijziging in de toekomst zou betekenen voor de administratieve lastendruk.

De gevolgen voor de administratieve lasten zullen worden meegenomen in de verkenning.

Vraag 15

De leden van de D66-fractie vragen hoe het staat met het overleg van het Ministerie met de NZa en betrokken partijen om nader te verkennen wat er voor nodig is om een dergelijke wijziging in de toekomst desgewenst door te kunnen voeren.

Inmiddels hebben naast VWS en de NZa, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond laten weten graag mee te willen denken over een aanpassing van de systematiek van het eigen risico. Het eerste overleg zal begin maart plaatsvinden.

Vraag 16

⁵ Monitor contractinhoud msz.

De leden van de D66-fractie vragen wanneer ik voornemens ben de Kamer over een vervolg te informeren.

Ik ben van plan de uitkomst van de verkenning vóór de zomer naar de Tweede Kamer te sturen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

Vraag 17

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het uitsluiten van vervolgd-
dbc's van het eigen risico de jaargrensproblematiek niet sterk vermindert
en voorkomt dat chronische patiënten jaarlijks een rekening krijgen voor
hetzelfde medische probleem.*

In haar advies constateert de NZa dat het uitsluiten van vervolgd-
dbc's van het eigen risico wel een oplossing zou bieden voor de jaargrensproble-
matiek, maar niet voor de andere twee genoemde knelpunten, te weten de
duidelijkheid vooraf over de hoogte van het eigen risico en de verkorting
van de tijd tussen zorggebruik en inning van het eigen risico. De NZa
schat bovendien in dat deze optie 430 miljoen euro kost en bovendien kan
leiden tot «strategisch zorggebruik».

Wanneer vervolgd-
dbc's zijn uitgesloten van het eigen risico, zou dat
inderdaad tot gevolg kunnen hebben dat chronische patiënten niet
jaarlijks een rekening krijgen voor hetzelfde medische probleem. Maar dat
geldt dan slechts voor zover zij voor hun aandoening alleen onder
behandeling zijn bij een medisch specialist. Als zij daarnaast gebruik
maken van andere zorg, bijvoorbeeld genees- of hulpmiddelen, waarvoor
het eigen risico van toepassing is, hebben zij niet noodzakelijk voordeel
van deze maatregel. Hetzelfde geldt voor mensen die weliswaar jaarlijks
zorg nodig hebben voor hun chronische aandoening, maar daarvoor niet
in het ziekenhuis komen.

Vraag 18

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of ik een tijdpad kan schetsen
voor de verkenning naar de vaste bedragen per behandeling.*

Zie hiervoor het antwoord op vraag 15 en 16.

Vraag 19

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of ik in deze verkenning kan
meenemen wat een substantiële verlaging van het eigen risico hiervoor
zou betekenen, net als het verlagen of afschaffen van het vrijwillig eigen
risico?*

Voor het afschaffen van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het
substantieel verlagen van het verplicht eigen risico zijn reeds analyses
uitgevoerd die zijn opgenomen in Zorgkeuzes in Kaart van het Centraal
Planbureau.⁶ Daar zal in de verkenning niet naar worden gekeken. De
verkenning is puur gericht op een andere vormgeving van het eigen
risico. Wel zal in de verkenning zowel naar het verplicht als het vrijwillig
eigen risico worden gekeken.

Vraag 20

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar mijn reactie op het eigen
risico bij uitgestelde zorg. Welke mogelijkheden zijn er om deze mensen te
compenseren?*

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1075.

Het is buitengewoon vervelend als mensen moeten wachten op hun behandeling, doordat de zorg tijdelijk is afgeschaald. Uitstel van zorg kan ook financiële consequenties hebben voor de patiënt vanwege het eigen risico dat hij betaalt voor de zorg die hij ontvangt. In antwoord op Kamervragen hierover heeft mijn voorganger dat vorig jaar uitgebreid toegelicht.⁷

Belangrijk is dat een patiënt alleen eigen risico betaalt voor de zorg die hij daadwerkelijk heeft genoten. 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 doorgaans 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 deze groep te compenseren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Vraag 21

De leden van de SP-fractie vragen waarom het loskoppelen van het eigen risico van de dbc-systematiek een principiële aanpassing genoemd wordt, als dit nooit de bedoeling is geweest van het eigen risico.

Het loskoppelen van het eigen risico van de dbc-systematiek is een principiële aanpassing, omdat de hoogte van het eigen risico dat een verzekerde moet betalen dan niet meer direct samenhangt met de kosten van de zorg. Dat het eigen risico gekoppeld is aan de zorgkosten die een verzekerde heeft, was juist wel beoogd. Door de knelpunten die de NZa constateert, vind ik het echter goed om te verkennen hoe het beter kan.

Vraag 22

De leden van de SP-fractie vragen wat er bedoeld wordt met strategisch zorggebruik. Is het niet zo dat het eigen risico an sich juist leidt tot strategisch zorggebruik, omdat mensen zorg mijden vanwege de kosten?

De NZa gebruikte deze term in haar advies bij de optie om vervolgd-DBC's uit te sluiten van het eigen risico. Met «strategisch zorggebruik» wordt in dit geval bedoeld dat patiënten er bewust voor kunnen kiezen om hun behandeling uit te stellen en zodra de looptijd van de eerste dbc voorbij is, de behandeling pas hervatten. In dat geval hoeven ze bijvoorbeeld alleen eigen risico te betalen voor een eenmalig consult bij een medisch specialist, maar niet voor de onderzoeken, operatie en nacontrole die daarna volgen. Het uitsluiten van vervolgd-DBC's van het eigen risico maakt het financieel lonend om zorg uit te stellen, ook als het zorginhoudelijk niet gewenst is.

In algemene zin maakt het eigen risico mensen bewust van het feit dat zorg geld kost. Zij zullen hierdoor bij zichzelf te rade gaan of het echt nodig is om een arts te raadplegen of dat de kwaal misschien vanzelf overgaat. Het is echter ongewenst als mensen vanwege de kosten afzien van noodzakelijke zorg. De meest recente inzichten laten zien dat het percentage mensen dat aangeeft vanwege de kosten te hebben afgezien van zorg is afgenomen van 16 procent in 2016 naar 7 procent in 2020.⁸

⁷ Aanhangsel van de Handelingen II 2020/21, nr. 2845.

⁸ Nivel. 2021. Infographic. Afname in aantal mensen dat afziet van zorg vanwege de kosten tussen 2016–2020. Toegang tot zorg.

Er bestaan verschillende landelijke compensatieregelingen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn of haar zorgkosten kan betalen en die helpen om zorgmijding te voorkomen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de zorgpremie én het eigen risico. Verder komen sommige zorgkosten onder voorwaarden in aanmerking voor een fiscale aftrek (de specifieke zorgkosten) en bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten én de financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de cliënt (structureel 268 miljoen euro vanaf 2017). Op 12 oktober jl. heb ik uw Kamer het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut gestuurd⁹ dat aandacht besteedt aan de maatregelen die gemeenten kunnen nemen om ongewenste zorgmijding onder kwetsbare groepen te voorkomen. De inzichten van dit onderzoek zijn eind 2020 tijdens een digitale conferentie onder de aandacht gebracht van gemeenten en andere relevante partijen.

Vraag 23

De leden van de SP-fractie vragen waarom het hard afsluiten van de vervolg-dbc op de jaargrens en het openen van een vervolg-dbc op de dag van de vervolgbehandeling geen oplossing bieden voor alle drie genoemde knelpunten? Zou niet eveneens op de andere knelpunten actie kunnen worden ondernomen, aanvullend op de maatregelen?

Het klopt dat alleen het hard afsluiten van een dbc op de jaargrens geen oplossing biedt voor alle drie de genoemde knelpunten. Dit heeft NZa ook in haar advies opgenomen. NZa zegt hierover dat dit geen oplossing is voor het vooraf inzicht hebben in de hoogte van het eigen risico of de tijdigheid waarmee het eigen risico wordt geïnd. Ook noemt de NZa dat deze aanpassing ongewenste gevolgen zou hebben (zie hiervoor ook het antwoord op vraag 11 van de leden van de D66-fractie). NZa adviseert daarom om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek om zo alle genoemde knelpunten op te kunnen lossen. Daarom focus ik me daarop in de verkenning die ik heb aangekondigd.

Vraag 24

De leden van de SP-fractie vragen welke mogelijkheden er zijn om meer duidelijkheid te verschaffen over de hoogte van de zorgkosten voor rekening van de patiënt.

In haar advies heeft de NZa op pagina 2 en 3 een opsomming opgenomen van de wijze waarop zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de NZa en het Ministerie van VWS een bijdrage leveren aan het informeren van de patiënt over de kosten van zorg en het eigen risico. Daarbij constateert zij dat er verbetermogelijkheden zijn, maar dat meer transparantie nooit alle onduidelijkheden voor de patiënt weg zal nemen. Ik heb de NZa gevraagd onderzoek te doen naar hoe keuzebegeleiding en informatie over kosten daadwerkelijk kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvragen. Zie daarvoor ook het antwoord op vraag 2.

Vraag 25

De leden van de SP-fractie vragen of in de verkenning van de aanpassing van het eigen risico ook kan bekeken wat het afschaffen van het vrijwillig eigen risico, een substantiële verlaging van het verplichte eigen risico en het afschaffen van het eigen risico zouden kunnen betekenen voor het wegnemen van de knelpunten.

Zie het antwoord op vraag 19.

⁹ Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 1081.

Vraag 26

De leden van de SP-fractie vragen wat wordt gedaan om patiënten die vanwege uitgestelde zorg dubbel eigen risico moeten betalen, te compenseren.

Zie hiervoor het antwoord op vraag 20.