

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1089

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 december 2020

Minister Bruins heeft naar aanleiding van een uitzending van het tv-programma Kassa in december 2019 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om verschillende mogelijkheden te onderzoeken om te voorkomen dat patiënten eigen risico moeten betalen over een jaar waarin zij geen zorg hebben ontvangen. De NZa heeft deze gelegenheid benut om ook andere knelpunten die zij bij het eigen risico zien te adresseren en daarvoor oplossingen aan te dragen. Minister van Rijn heeft het advies van de NZa op 30 juni 2020 aangeboden aan de Tweede Kamer en daarbij toegezegd dat ik een nader standpunt zou bepalen en de Tweede Kamer daar in het najaar over zou informeren.¹ Met deze brief doe ik gestand aan deze toezegging. Tevens reageer ik op de Monitor prijstransparantie die mijn voorganger op 17 december 2019 aan de Tweede Kamer heeft aangeboden (Kamerstukken 32 620 en 29 248, nr. 243), omdat de veldpartijen voor het vervolg verwezen naar het advies over het eigen risico.

De belangrijkste punten uit deze brief zijn:

- Voor een patiënt is het verwarrend en vervelend als hij met kosten wordt geconfronteerd die hij niet verwacht had. 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.
- NZa heeft verschillende opties uitgewerkt op het gebied van transparantie,
- eigen risico en bekostiging. Zij adviseert om de dbc-systematiek los te koppelen van het eigen risico. Ik vind dat een interessante gedachte voor de langere mijn. Daarom zal VWS in overleg met de NZa en betrokken partijen nader verkennen wat daarvoor de mogelijkheden en aandachtspunten zijn.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1072.

- Ook de optie om in de bekostiging toe te werken naar declareren van zorgactiviteiten spreekt mij aan. Niet alleen vanwege de gevolgen voor het eigen risico, maar vanuit een breder perspectief. Het sluit aan bij het ingezette beleid om meer richting betalen op uitkomsten van zorg te gaan. Ook biedt dit op de lange termijn een oplossing voor transparantie en tijdigheid van het eigen risico.
- Om voor de korte termijn ook alvast aan de slag te gaan met verbeteringen, verzoek ik de NZa om onderzoek te doen naar hoe keuzebegeleiding en informatie over kosten daadwerkelijk kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvrager.

In deze brief schets ik eerst de huidige systematiek van het eigen risico en relatie met diagnose-behandelcombinaties (dbc's) voor de medische-specialistische zorg, vervolgens vat ik het advies samen en tenslotte ga ik in op de conclusies en de vervolgstappen.

Huidige systematiek

Het eigen risico is gekoppeld aan de kosten van medisch-specialistische zorg en volgt daarmee de declaratiesystematiek (dbc-systeem) die de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar hanteren. Wettelijk is vastgelegd dat de openingsdatum van de dbc de declaratiedatum is. Het kan gebeuren dat een dbc al eerder is geopend dan een 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 vervolg-dbc die in 2018 was geopend na een ziekenhuisbezoek en initiële dbc in 2017, terwijl hij niet in 2018, maar pas weer in 2019 in het ziekenhuis was geweest. Ik kan mij heel goed voorstellen dat deze situatie voor verwarring zorgt bij patiënten. Daarom is het goed dat de NZa op verzoek van Minister Bruins oplossingsrichtingen in kaart heeft gebracht.

Samenvatting advies

De NZa concludeert dat het probleem uit de Kassa-uitzending beperkt voorkomt. Meer patiënten ondervinden bovendien voordeel van de huidige systematiek dan nadeel. Jaarlijks hebben circa 870.000 patiënten een traject dat over de jaargrenzen 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 systematiek. Ongeveer 105.000 patiënten ondervinden voordeel van de systematiek, omdat zij hun eigen risico voor dat jaar al volledig hadden benut.

Op drie punten ziet de NZa ruimte voor verbetering:

1. duidelijkheid vooraf over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken;
2. duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico;
3. tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.

De NZa heeft drie oplossingsrichtingen onderzocht, getoetst aan bovenstaande punten:

1. Verbeteren van transparantie door zorgaanbieders en zorgverzekeraars
2. Aanpassen van de bekostiging
 - a. Vervolg-dbc afsluiten op de jaargrens
 - b. Vervolg-dbc openen op de dag van de vervolgbehandeling
 - c. Vervolg-dbc uitsluiten van het eigen risico
 - d. Declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's

3. Aanpassen van de verrekening van het eigen risico

NZa adviseert om een optie te kiezen die tegemoetkomt aan de drie punten waar ruimte is voor verbetering. Volgens de NZa blijven er dan twee oplossingen over: het loskoppelen van de verrekening van het eigen risico van de dbc-systematiek (3) of het declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's (2d). Omdat de NZa dat laatste binnen afzienbare tijd geen optie acht, adviseert de NZa om de dbc-systematiek los te koppelen van het eigen risico.

Reactie op het advies

Ik dank de NZa voor de analyse die zij heeft uitgevoerd naar het betalen van eigen risico over een jaar dat geen (medisch-specialistische) zorg gebruikt is. Ik begrijp dat het lastige materie is voor patiënten en vind het ongewenst dat dit 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.

Aanpassing verrekening eigen risico

De NZa adviseert te kiezen voor een oplossing die alle genoemde knelpunten voor patiënten oplost. En de NZa komt tot de conclusie dat de beste oplossing het loskoppelen van het eigen risico van de dbc-systematiek is. De patiënt betaalt dan niet meer voor een dbc, maar bijvoorbeeld voor een zorggebeurtenis, zoals een consult, operatie of ligdag. Er geldt een vast bedrag aan eigen risico ongeacht het ziekenhuis waarin de patiënt behandeld wordt of de zorgverzekeraar waar hij verzekerd is.

Ik vind dat een interessante gedachte. Tegelijkertijd moet ik erkennen dat dit geen gemakkelijke ingreep is. Dit advies is een principiële aanpassing in de systematiek van het eigen risico die een wetwijziging vergt en een doorlooptijd van ongeveer 1,5 tot 2 jaar heeft. In het regeerakkoord 2017–2021 is er bewust voor gekozen het huidige systeem van het eigen risico te handhaven. Daarom zal ik deze geadviseerde wijziging niet doorvoeren. Wel verzoek ik mijn ambtenaren om in overleg met de NZa en betrokken partijen (vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties) nader te verkennen wat er voor nodig is om een dergelijke wijziging in de toekomst desgewenst wel door te kunnen voeren. Daarbij zal onder andere gekeken worden naar de uitvoerbaarheid voor verzekeraars en zorgaanbieders, de begrijpelijkheid voor de patiënt en de financiële consequenties.

Aanpassing bekostiging

De NZa heeft vier mogelijke oplossingen uitgewerkt binnen aanpassing van de bekostiging. Zoals de NZa aangeeft, zijn aanpassingen in de dbc-systematiek niet eenvoudig, onder meer omdat het grote impact heeft op de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en op de uitvoering (vergelijkbaar met de doorlooptijdverkorting van 365 dagen naar 120 dagen).

Eén van de opties die de NZa heeft bekeken, is de mogelijkheid om een vervolgd-dbc uit te sluiten van het eigen risico (2c). De heer Hijink (SP) heeft in Kamervragen naar deze mogelijkheid gevraagd.² De NZa

² Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nrs. 1491 en 2485, Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nrs. 1491 en 2845.

constateert dat dit een oplossing biedt voor de jaargrensproblematiek, maar niet of veel minder voor de andere twee knelpunten. De NZa schat in dat deze optie 430 miljoen euro kost en bovendien kan leiden tot «strategisch zorggebruik». Ik deel de analyse van de NZa en ben van mening dat deze optie disproportioneel is, gezien de constatering van de NZa dat de jaargrensproblematiek relatief beperkt voorkomt. Dit laatste geldt ook voor twee andere aanpassingen in de bekostiging die de NZa heeft bekeken (vervolg-dbc hard afsluiten op jaargrens (2a) en vervolg-dbc openen op dag van vervolgbehandeling (2b)). Deze opties zal ik dan ook niet nader laten uitwerken.

De mogelijkheid die de NZa ziet om te declareren op basis van zorgactiviteiten (2d) in plaats van dbc's spreekt mij aan, omdat het bijdraagt aan de ontwikkeling van het bekostigen van uitkomsten van zorg. Niet alleen vanwege de gevolgen voor het eigen risico, maar vanuit een breder perspectief. Hierover heeft mijn voorganger u ook geïnformeerd³. In het regeerakkoord is afgesproken dat de ambities van de zorgprofessionals gericht moeten zijn op de uitkomst van zorg in plaats van op omzet en dat hiervoor ingezet wordt op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Voorwaarde voor de doorontwikkeling is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over uitkomsten/waarde voor de patiënt via de contractering in plaats van via het bekostigingssysteem. Wanneer contracteren op waarde/uitkomsten voor de patiënt de norm is geworden, kan gekeken worden naar een vereenvoudiging van de dbc-systematiek (declareren op zorgactiviteiten zoals NZa in haar advies benoemt). Dit biedt de mogelijkheid om de tijd tussen het zorggebruik en de inning van het eigen risico aanzienlijk te verkorten en vooraf meer duidelijkheid te bieden over de hoogte van de verrekening met het eigen risico. Nader onderzoek naar de effecten van een dergelijke aanpassing op onder andere de risicoverevening en het eigen risico is nodig voordat hierover een besluit genomen kan worden. De NZa monitort de ontwikkeling in de contractering en komt dit jaar met de tweede⁴ monitor inhoud contracten. In het programma Uitkomstgerichte Zorg zet VWS met de partijen van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg in op het delen van goede voorbeelden van organiseren en contracteren op basis van uitkomsten. Ook worden in het programma nieuwe uitkomstmaten ontwikkeld, samen met het veld. En er is ruimte voor nieuwe experimenten met uitkomstgericht organiseren en belonen. De tweede voorgangsrapportage heeft uw Kamer op 21 oktober jongstleden ontvangen.

Indien er in de huidige systematiek belemmeringen bestaan die huidige ontwikkelingen, zoals digitale zorg, in de weg staan, zal ik bezien op welke wijze hier oplossingen voor kunnen worden gevonden. Hiervoor is onder meer het advies van de NZa over passende en digitale zorg, dat uw Kamer op 21 juli jongstleden heeft ontvangen⁵ en het tweede, gezamenlijke advies van NZa en het Zorginstituut dat op korte termijn volgt over de randvoorwaarden voor gepast gebruik, van belang. Hierin worden voorstellen gedaan om de bekostiging aan te passen om gepast gebruik van zorg te bekostigen.

Transparantie zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De NZa heeft zich de afgelopen jaren ingezet om prijstransparantie in de medisch-specialistische zorg te vergroten. Minister Bruins heeft uw Kamer

³ Kamerstukken 29 248 en 32 620, nr. 314.

⁴ Over de eerste monitor over de inhoud van contracten is uw Kamer op 17 december 2019 geïnformeerd (Kamerstuk 29 248, nr. 319).

⁵ Kamerstukken 31 765 en 27 529, nr. 514.

de meeste recente monitor prijstransparantie met de Kamerbrief van 17 december 2019 toegezonden.⁶ In deze brief voldoe ik aan de toezegging om uw Kamer te informeren over een passend vervolg. De NZa concludeert dat vier grote zorgverzekeraars, met een gezamenlijk marktaandeel van 87 procent, de contractprijzen tot en met het vrijwillig eigen risico op hun openbare website publiceren. Voor de andere verzekerden is deze informatie op verzoek ook beschikbaar of staat het in de mijn-omgeving. Hiermee zijn de contractprijzen tot aan het eigen risico voor vrijwel alle verzekerden inzichtelijk en dit vind ik een goede uitkomst van het traject.

Tegelijkertijd constateert de NZa dat deze informatie maar in zeer beperkte mate gebruikt wordt. De vraag is daarmee in hoeverre de huidige vorm van transparantie van contractprijzen bijdraagt aan de zorgkeuze van de verzekerde of patiënt. De NZa heeft daarom bij betrokken stakeholders geïnventariseerd wat zij een passend vervolg op het gebied van prijstransparantie vinden. Betrokken partijen gaven destijds aan dat ze het bekijken van alternatieven in deze adviesbrief over het eigen risico de meest logische stap vinden. Goede (prijs)informatie kan namelijk voor patiënten onduidelijkheden en verrassingen voorkomen, maar zal nooit alle onduidelijkheden wegnemen over gecontracteerde prijzen en het daaraan gekoppelde eigen risico. De patiënt weet immers op voorhand niet welk dbc-zorgproduct hij/zij in rekening krijgt gebracht. Daarnaast verkort transparantie niet de tijd tussen zorggebruik en het innen van het eigen risico.

Ik deel deze mening, maar de oplossingen die in het advies zijn aangedragen met betrekking tot het eigen risico, betreffen fundamentele keuzes over het stelsel die niet op korte termijn geïmplementeerd zouden kunnen worden. Ik vind het belangrijk om ook voor de korte termijn al te kijken waar verbetermogelijkheden zijn als het gaat om welke informatie de patiënt nodig heeft om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor ziekenhuiszorg. De NZa geeft aan verbetermogelijkheden te zien als het gaat om bijvoorbeeld het moment dat de patiënt geïnformeerd wordt en welke informatie de patiënt tot zijn beschikking heeft om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Ik zal de NZa dan ook vragen om onderzoek te doen naar hoe keuzebegeleiding en informatie over kosten daadwerkelijk kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvrager. Onderdeel daarvan is de vraag welke informatie een zorgvrager nodig heeft en op welke wijze hij deze informatie kan meenemen en daadwerkelijk meeneemt in het kiezen voor passende zorg. Ik verwacht dat zij hierbij ook de eventuele nadelen in kaart brengt. Dit onderzoek kan derhalve handvatten geven voor zowel verbeteringen op korte termijn, als bij de keuze voor fundamenteelere lange termijnoplossingen.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark

⁶ Kamerstukken 32 620 en 29 248, nr. 243.