

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 106

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 december 2009

Tijdens het algemeen overleg DBC's op 24 juni 2009 (29 248, nr. 99) heeft de heer Van der Vlies aandacht gevraagd voor de consequenties van de DBC beleidsontwikkelingen voor de gemoedsbezwaarden. In deze brief wil ik antwoord geven op de vragen van de heer Van der Vlies. De heer Van der Vlies vroeg mij of ik de garantie kan geven dat na de invoering van de keten-DBC's er niet direct een keten-DBC wordt geopend voor een patiënt zonder zijn of haar toestemming.

Ketenzorg of niet: keuze patiënt

Met de invoering van keten-DBC's hebben gemoedsbezwaarden een uitgebreidere keuze voor een pakket op maat. Naast de nieuwe mogelijkheid om ketenzorg te ontvangen, blijft het huidige aanbod voor chronisch zieken in termen van bekostiging van onder andere losse zittingen van de fysiotherapeut. Ook is het mogelijk om indien wenselijk doorverwezen te worden naar het ziekenhuis bestaan. Het is dus aan de gemoedsbezwaarde om – in het geval dat deze persoon chronisch ziek is – te kiezen voor een keten-DBC en de kosten daarvoor te dragen. Dit gebeurt in goed overleg met de huisarts en vereist expliciete toestemming van de patiënt. Indien hij/ zij kiest om niet deel te nemen aan het integrale zorgverleningsprogramma, dan is het mogelijk dat de zorg minder geïntegreerd geleverd wordt dan wenselijk is, omdat de coördinatie van zorg een belangrijk onderdeel is dat via de keten-DBC kan worden bekostigd of omdat de patiënt zelf ervoor kiest om elementen die wel tot het integrale zorgverleningsprogramma behoren niet te ontvangen. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan elementen zoals secundaire preventie.

De aanbieders van zorg zullen – in het geval dat de gemoedsbezwaarde niet kiest voor het integrale zorgprogramma via de keten-DBC – terug moeten vallen op de reguliere tarieven zoals het inschijftarief huisartsen. Als iemand er wel voor kiest om gebruik te maken van het ketenzorg

programma dan is het niet mogelijk de te declareren keten-DBC op te knippen.

Financiering zorg gemoedsbezwaarden

Ik wil u tevens informeren over de voornemens ten aanzien van de wijzigingen de regeling voor de gemoedsbezwaarden in de Zvv. In de Zorgverzekeringswet is voor gemoedsbezwaarden een uitzondering gemaakt op de verzekeringsplicht. Zij zijn niet verzekeringsplichtig en betalen geen inkomensafhankelijke- en nominale premie. In plaats daarvan betalen zij een premieervangende belasting die door de Belastingdienst wordt afgedragen aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Gemoedsbezwaarden hebben recht op vergoeding van ziektekosten uit de door hen betaalde bedragen aan premieervangende belasting, voor zover de ziektekosten niet uitstijgen boven de betaalde premieervangende belasting en voor zover het gaat om in de Zvv geregelde aanspraken. Voor dit doel is in artikel 70 van de Zvv geregeld dat het CVZ voor iedere gemoedsbezwaarde een rekening opent, waarop de geheven bijdrageervangende belasting wordt gestort. Van het saldo van de bijdrageervangende belasting dat na aftrek van de tot uitkering gebrachte vergoedingen voor ziektekosten na afloop van een kalenderjaar resteert, wordt een bedrag ter grootte van de helft van de afgedragen bijdrageervangende belasting, of zoveel als van die helft resteert, gestort in het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Het eventuele restant -dit is het spaartegoed- blijft staan ter beschikking van de gemoedsbezwaarde voor een volgend jaar.

Op 25 augustus 2009 heeft het CVZ in een uitvoeringstoets voorstellen gedaan om de wijze waarop het spaartegoed voor gemoedsbezwaarden wordt berekend en vastgesteld, te vereenvoudigen. Voor een adequate geautomatiseerde afhandeling is de berekeningswijze en vaststelling die het CVZ thans hanteert, te ingewikkeld. Om deze redenen wordt op dit moment in overleg met het CVZ bezien op welke onderdelen de berekening en vaststelling van het spaartegoed kan worden vereenvoudigd, zodat deze door geautomatiseerde systemen kan worden ondersteund. Dit zal leiden tot een efficiëntere en meer transparante uitvoering van de regeling, hetgeen voor betrokkenen bovendien tot voordeel heeft dat declaraties sneller kunnen worden afgewikkeld. Uitgangspunt daarbij is dat deze vereenvoudiging grosso modo (over meerdere jaren beschouwd) niet zal leiden tot wijziging van de aanspraken op het recht op vergoeding. Het streven is er op gericht de gewijzigde regeling uiterlijk per 1 januari 2010 in werking te laten treden.

Op individueel niveau kan – in een gegeven jaar – door de wijzigingen de opbouw van het spaartegoed veranderen, afhankelijk van de omvang van de hoogte van het spaartegoed en het tijdstip waarop vergoeding van zorgkosten wordt gevraagd. Omdat op dit moment elke wijziging in het inkomen, en daarmee de opbouw van het spaartegoed, met terugwerkende kracht wordt verrekend, speelde dat voorheen niet. Over meerdere jaren gerekend verdwijnt het effect van verandering in de opbouw. Bij het vaststellen van de nieuwe regeling is gekozen voor een zodanige invulling, dat gemoedsbezwaarden niet benadeeld worden omdat kosten en spaartegoed voortaan op een iets andere wijze dan voorheen gereguleerd worden.

Ik verwacht u met het voorgaande voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink