

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

2130

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Minister voor Medische Zorg over *onbegrijpelijke ziekenhuisrekeningen* (ingezonden 25 februari 2020).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 17 maart 2020).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de uitzending van Max Meldpunt van vrijdag 21 februari 2020?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Bent u het ermee eens dat weliswaar het hanteren van gemiddelde tarieven uitlegbaar is vanwege het beperken van administratieve lasten, maar dat er wel enige relatie moet zijn tussen de lengte en kwaliteit van de behandeling(en) en de kosten die in rekening worden gebracht?

Antwoord 2

Ik begrijp heel goed dat het voor patiënten lastig kan zijn om de zorgnota goed te begrijpen en een relatie te leggen tussen de ontvangen zorg en de kosten daarvan. We hebben de afgelopen jaren stappen gezet om de patiënt meer inzicht te geven in zijn zorgnota en het kostenbewustzijn te verhogen (zie ook mijn antwoord op vraag 6). Daarom vind ik het ook heel goed dat de patiënten in de uitzending kritisch kijken naar hun zorgrekeningen. Omdat het inderdaad gaat om gemiddelde kosten in een dbc kan het voor de patiënt soms zo overkomen dat de zorg die hij heeft ontvangen goedkoper zou moeten zijn, maar tegelijkertijd betaalt de verzekeraar voor een andere patiënt met een complexe behandeling hetzelfde bedrag. Hiervoor is bij de invoering van het dbc-systeem in 2005 bewust gekozen vanwege de doelmatigheidsprikkel die dit in zich heeft.

Vraag 3

Vindt u het tegen die achtergrond acceptabel dat voor 9 behandelingen van 30 minuten een zelfde tarief wordt gehanteerd als voor 60 behandelingen? Wie bepalen deze staffel? Wie ziet erop toe?

¹ <https://www.maxmeldpunt.nl/gezondheid/waarom-is-mijn-ziekenhuisrekening-zo-hoog/>

Antwoord 3

De NZa is verantwoordelijk voor het opstellen van prestaties voor de gehele msz en voor tarieven van het gereguleerde deel van de zorg (het zogenoemde A-segment) om het zorgaanbieders mogelijk te maken hun zorg te declareren. De NZa ziet toe op het juiste gebruik hiervan. In dit specifieke voorbeeld dat in Meldpunt besproken werd, gaat het over de medisch-specialistische revalidatiezorg. Daar is sprake van bekostiging gebaseerd op een systeem van tijdschrijven met maximumtarieven. Afhankelijk van hoeveel een patiënt behandeld is en door wie, wordt er een dbc-zorgproduct in rekening gebracht. In de regel wordt door de revalidatiearts in samenwerking met de andere behandelaren (zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten etc.) en de patiënt een behandelplan opgesteld. Wanneer een dergelijk behandelplan wordt uitgevoerd en de patiënt dus een revalidatietraject in gaat, dan komt de zorg voor de revalidant als eerste terecht in een product waarin tot 67 behandelingen vergoed worden. Wordt er meer behandeld, dan komt de zorg voor een revalidant terecht in een zwaarder product (meer behandelingen). De ondergrens van het zorgproduct uit het voorbeeld is 9 behandelingen. Alle revalidanten met tussen de 9 en 67 behandelingen komen in dezelfde groep terecht. De grenzen van de dbc-zorgproducten zijn zo gekozen dat zoveel mogelijk vergelijkbare patiënten in vergelijkbare dbc's terecht komen. De NZa heeft mij laten weten dat in de praktijk het uitvoeren van het behandelplan en dus het revalidatietraject ruim boven de 9 behandelingen zal kosten. In het voorbeeld waar deze vraag op doelt, is het revalidatietraject uiteindelijk niet geheel uitgevoerd, waardoor de behandelingsduur net over de grens van de 9 behandelingen is gekomen en daarmee in een product belandt waar 9–67 behandelingen in zitten. In het algemeen geldt voor de medisch-specialistische zorg (msz) dat het maken van een beperkte set aan dbc-zorgproducten waarin groepen van patiënten geclusterd zijn, nodig is om het systeem werkbaar te houden (niet teveel dbc's). Om de ziekenhuizen en zorgverzekeraars beter in staat te stellen passende prijzen af te spreken heeft VWS de NZa twee jaar na de invoering van de dbc's gevraagd om de productstructuur aan te passen zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zo goed mogelijk in staat zijn om reële prijzen af te spreken. Behandelingen op de SEH en eenvoudige poliklinische behandelingen zijn daarom ingericht in licht, middelzware of zware behandelingen.

Vraag 4

Op welke wijze controleren zorgverzekeraars of een tarief in enige relatie staat tot de geleverde behandeling?

Antwoord 4

In de msz is grotendeels sprake van vrije tarieven. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken dus gezamenlijk afspraken over de hoogte van de prijs van de te leveren zorg. Partijen controleren zelf of de ander zich aan de gemaakte afspraken houdt.

Zorgverzekeraars bepalen bij de inkoop van de zorg bij welke zorgaanbieders en tegen welke voorwaarden bepaalde zorg wordt ingekocht. Om bij het voorbeeld van de revalidatiebehandeling te blijven: zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld tarieven afspreken die lager liggen dan de maximumtarieven wanneer een zorgaanbieder structureel minder behandelingen levert dan landelijk gemiddeld. Na declaratie van de geleverde zorg beschikken de zorgverzekeraars over de uitgevoerde zorgactiviteiten/behandelingen, die op de nota vermeld staan.

Daarnaast hebben verzekeraars ook het instrument van de materiële controle. In de materiële controle kan een zorgverzekeraar controleren of de zorgaanbieder ook daadwerkelijk de zorg geleverd heeft die gedeclareerd is. Ook kan een zorgverzekeraar vergelijken of een zorgaanbieder vaak net over de grens van een zorgproduct heen gaat. Hier kan dan in de contractering van een volgende periode rekening mee gehouden worden.

Vraag 5

Bent u van mening dat de bestaande staffel-indeling een perverse prikkel is, die leidt tot overbehandeling? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om alleen de juiste en zinnige zorg te leveren: niet te weinig, maar ook zeker niet te veel. Ik ben ervan overtuigd dat de zorgprofessionals een intrinsieke motivatie hebben om dit ook te doen voor hun patiënten. Dit voorbeeld geeft één van de prikkels die het systeem bevat weer, namelijk dat een dbc-zorgproduct een tarief in rekening brengt voor een set van verrichtingen binnen dat product. De omvang van de uiteindelijke dbc is grotendeels afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten. Daardoor ontstaat een prikkel om (meer) activiteiten uit te voeren die leiden tot een zwaarder dbc-zorgproduct. Om deze prikkel tegen te gaan worden veelal op contractniveau afspraken gemaakt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op 17 december 2019² heb ik uw Kamer geïnformeerd over de NZa Monitor inhoud contracten medisch specialistische zorg. Daaruit bleek dat in 2018 nog weinig aandacht was voor waarde en uitkomsten. In 2018 is het grootste deel van de contracten nog gericht op het beheersen van totale kosten op korte termijn. Dit leidt tot een grote hoeveelheid afgesproken omzetplafonds. Zonder verdere afspraken levert dat een prikkel op om – tot het plafond – zoveel mogelijk te behandelen. In 2020 zal de NZa deze monitor herhalen. Overigens maken zorgverzekeraars met zorgaanbieders ook afspraken over dit juiste en zinnige zorggebruik en controleren zorgverzekeraars of zorgaanbieders deze afspraken ook naleven.

Vraag 6

Hoe gaat u zorgen dat patiënten/cliënten beter worden geïnformeerd over de kosten van behandelingen en de effecten op eigen risico, eigen bijdragen en eigen betalingen (bij ongecontracteerde zorg)?

Antwoord 6

Het is belangrijk dat patiënten en verzekerden inzicht hebben in de financiële gevolgen van een behandeling. Daarom gelden er verschillende informatieverplichtingen voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Zo zijn zorgverzekeraars verplicht om verzekerden die daarom vragen te informeren over de financiële gevolgen van de keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder (Artikel 16 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), TH/NR-017). Daarnaast moeten zorgaanbieders patiënten informeren over de tarieven die voor de patiënt van belang zijn en over eventuele eigen betalingen (artikel 4 van Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa, TH/NR-018). De NZa ziet toe op de naleving van deze informatieverplichtingen.

De NZa monitort de voortgang op prijstransparantie in de medisch-specialistische zorg. Op 17 december 2019 heb ik meest recente monitor prijstransparantie medisch-specialistische zorg gestuurd.³ Daarin wordt geconcludeerd dat er verbetering zichtbaar is op het gebied van prijstransparantie ten opzichte van 2018, maar ook dat verzekerden de beschikbare informatie over contractprijzen maar beperkt gebruiken. De NZa zal in het eerste kwartaal van 2020 met alle relevante stakeholders het onderwerp prijstransparantie en de constatering in de brief bespreken om een passend vervolg te bepalen, waarmee het keuzeproces van de patiënt wordt geholpen. Ik zal uw Kamer informeren over de uitkomsten hiervan.

² Kamerstuk 29 248, nr. 319

³ Kamerstuk 32 620, nr. 243