Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek

Advies naar aanleiding van de Kassa-uitzending over jaargrenzen en het eigen risico

Het eigen risico is wettelijk gekoppeld aan de declaratiesystematiek, waaronder de dbc-systematiek voor medisch-specialistische zorg. Het volgt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar.

Zo is het gekoppeld aan de 'kosten van de zorg' en wordt voorkomen dat een patiënt meer betaalt aan eigen bijdragen dan dat het de zorgverzekeraar heeft gekost. Ook is wettelijk vastgelegd dat de openingsdatum van de dbc (subtraject), tevens de declaratiedatum is.

Op de volgende punten bestaat ruimte voor verbetering:

- Duidelijkheid voor de patiënt over welk jaar zijn eigen risico wordt aangesproken.
- Duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico.
- Tijdigheid van de verrekening met het eigen risico.

Oplossingsrichtingen

Hiertoe zien wij drie oplossingsrichtingen die in verschillende mate tegemoet komen aan bovengenoemde knelpunten:

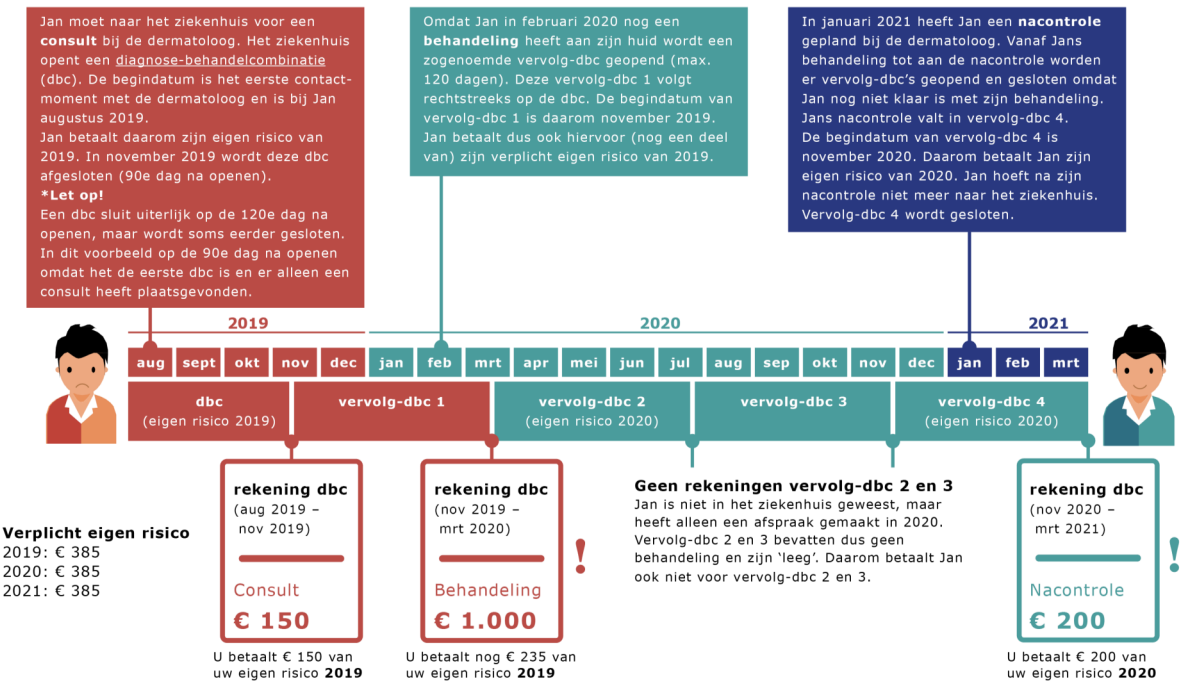
1. Verbetering van transparantie door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
2. Aanpassen van de bekostiging, waarbij de volgende vier scenario's mogelijk zijn:
   a. Vervolg-dbc's hard afsluiten op 31 december.
   b. Vervolg-dbc's openen op de dag van de vervolgbehandeling.
   c. Vervolg-dbc's uitsluiten van het eigen risico.
   d. Declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's.
3. Aanpassen van de verrekening van het eigen risico.

Geen van de voorgestelde oplossingsrichtingen kan de NZa zelfstandig vormgeven. Voor de oplossingsrichting omtrent de bekostiging (2) en het eigen risico (3) dient de wet te worden aangepast, dan wel een aanwijzing te worden gegeven.

Tevens adviseren wij hierover eerst overleg te voeren met de betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties).

Voorbeeld jaargrenzen
Doordat vervolg-dbc's 120 dagen lopen is het mogelijk dat een vervolg-dbc in twee kalenderjaren valt. Het eigen risico wordt dan toegerekend aan het jaar waarin de vervolg-dbc is geopend, ongeacht in welk jaar de zorg is geleverd. Wij illustreren dit aan de hand van het voorbeeld van Jan waarbij hij een ziekenhuisbezoek heeft in 2020, maar het eigen risico moet betalen van 2019.

Figuur 1: Jan bezoekt het ziekenhuis in 2020, maar betaalt eigen risico van 2019



In februari 2020 moet Jan weer naar het ziekenhuis, alleen valt zijn zorg in een vervolg-dbc (vervolg-dbc 1) die in 2019 is geopend. Dit komt omdat de dbc's in de ziekenhuisadministratie direct op elkaar aansluiten. Hoewel Jan eind 2019 dus niet fysiek in het ziekenhuis is geweest, wordt nog wel het resterende deel van zijn eigen risico over 2019 aangesproken.

Jaarlijks hebben ongeveer 870.000 patiënten een traject dat over de jaargrenzen heen loopt, zoals uitgewerkt in het voorbeeld. Bij ongeveer 80.000 patiënten wordt het eigen risico aangesproken over een ander jaar dan wanneer de zorg plaatsvindt, zij ondervinden nadeel. Het gaat om € 8 miljoen.

Voor ongeveer 105.000 patiënten valt deze systematiek gunstig uit, omdat door de huidige regels de geleverde zorg ten laste komt van een jaar waarin hun eigen risico al was benut door eerder geleverde zorg. Het gaat hier om ongeveer € 14 miljoen. Uit deze analyse kunnen we concluderen dat er meer patiënten van deze systematiek profiteren dan het aantal patiënten dat er nadeel van ondervindt.

Oplossingsrichting 1. Transparantie zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Patiënten goed informeren kan onduidelijkheden en verrassingen voorkomen. Hoe transparant de informatie ook is, het zal nooit alle onduidelijkheden bij patiënten kunnen wegnemen.

Het is in de medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld op voorhand vaak niet duidelijk welke zorg daadwerkelijk genoten gaat worden en dus welk dbc-zorgproduct de zorgaanbieder uiteindelijk bij de (zorgverzekeraar van de) patiënt in rekening brengt. Ook verkort transparantie niet de aanzienlijke tijd die tussen het zorggebruik en het innen van het eigen risico kan zitten.

Op dit moment leveren diverse partijen een bijdrage aan het informeren van de patiënt omtrent het eigen risico:

- Zorgverzekeraars zijn op basis van onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) al sinds een aantal jaar verplicht om hun verzekerden goed te informeren over het eigen risico. Daarbij opgemerkt dat een zorgverzekeraar niet vooraf weet wanneer een patiënt in zorg komt.

De mogelijkheid om hun verzekerden te informeren is daarom beperkt tot algemene communicatie (bijv. via website) en op verzoek van hun verzekerden.

- De zorgaanbieder moet op basis van de Wmg en onze Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018) de consument informeren welke zorg hij van plan is te gaan leveren, welk tarief hij daarvoor in rekening brengt en of de consument (een deel van) de zorg zelf betaalt. Dit laatste betekent onder andere dat de zorgaanbieder consumenten moet informeren over of het eigen risico wordt aangesproken. Als de zorgaanbieder weet hoeveel eigen risico de consument moet betalen, dan informeert de zorgaanbieder de consument hierover. Voor de zorgaanbieder is vaak niet inzichtelijk wat het resterende eigen risico van de consument is, in dat geval kan hij de consument op weg helpen door hem of haar te verwijzen naar bijvoorbeeld de zorgverzekeraar.
- Uw ministerie informeert patiënten jaarlijks via een publiekscampagne.
- Wij brengen jaarlijks een informatiekaart uit rondom het eigen risico.

Wij zien verbetermogelijkheden als het gaat om de momenten waarop de patiënt geïnformeerd kan worden over de kosten. Dat kan bijvoorbeeld door de huisarts op het moment van doorverwijzen, tijdens een eerste afspraak met de zorgaanbieder en bij wijzigingen in het behandelplan.

Zoals gezegd zal transparantie nooit alle onduidelijkheden voor de patiënt wegnemen. Dit zien wij ook in de huidige wijze van openbaarmaking van contractprijzen in de medisch- specialistische zorg tot aan het maximaal vrijwillig eigen risico. Hierover informeerden wij de minister in onze brief 'Prijstransparantie medisch-specialistische zorg' van 17 december 2019 (kenmerk: 3547788/564543).

Een inventarisatie onder betrokken stakeholders (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties) over een passende vervolgstap in dit traject naar aanleiding van de brief bevestigt ons beeld. Deze partijen stellen daarom voor om eerst naar een alternatief te kijken voor het openbaar maken van contractprijzen: een eenduidige, vereenvoudigde vormgeving van het eigen risico, die voor consumenten begrijpelijk is en zoveel mogelijk vooraf duidelijkheid geeft.

De volgende voorgestelde oplossingsrichtingen sluiten hierbij aan: aanpassing verrekening eigen risico (2) en declareren op zorgactiviteiten in plaats van dbc's (3d).

Oplossingsrichting 2. Aanpassing bekostiging

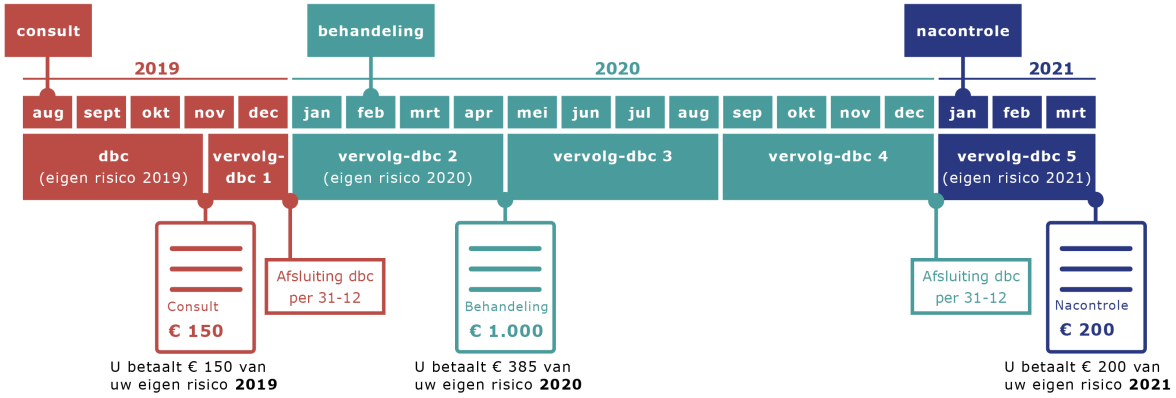
Er zijn vier mogelijke scenario's binnen de aanpassing van de bekostiging. Voor alle scenario's geldt dat een aanpassing van de bekostigingssystematiek niet eenvoudig is. Dit heeft grote impact op de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, onder meer omdat de vergelijkbaarheid van de data over de jaren heen afneemt. Dit bemoeilijkt naar verwachting de gewenste ontwikkeling naar het contracteren op toegevoegde waarde.

Eerder hebben we, op verzoek van het ministerie, de doorlooptijd van dbc's verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben hiervoor veel zaken in de uitvoering moeten aanpassen. Voor de in deze paragraaf voorgestelde aanpassingen zal dit ook weer gelden. Bovendien kunnen bij de eerste drie scenario's, de aanpassingen leiden tot verandering in de zorgzwaarteprofielen en het aantal dbc's dat voor een patiënt wordt geopend. Wanneer dit het geval is, is daar waar wij de tarieven bepalen, een tariefherijking noodzakelijk.

Scenario a. Vervolg-dbc's hard afsluiten op 31 december

Ten eerste is er de mogelijkheid om vervolg-dbc's hard af te sluiten op 31 december (en eventueel weer te openen op 1 januari). Dit biedt een oplossing voor de jaargrensproblematiek, maar biedt geen oplossing om vooraf duidelijkheid over de hoogte voor het eigen risico te scheppen. Ook verkort het de tijd niet die tussen zorggebruik en inning van het eigen risico zit. Het biedt dus geen oplossing voor de patiënt voor wat betreft de onduidelijkheden.

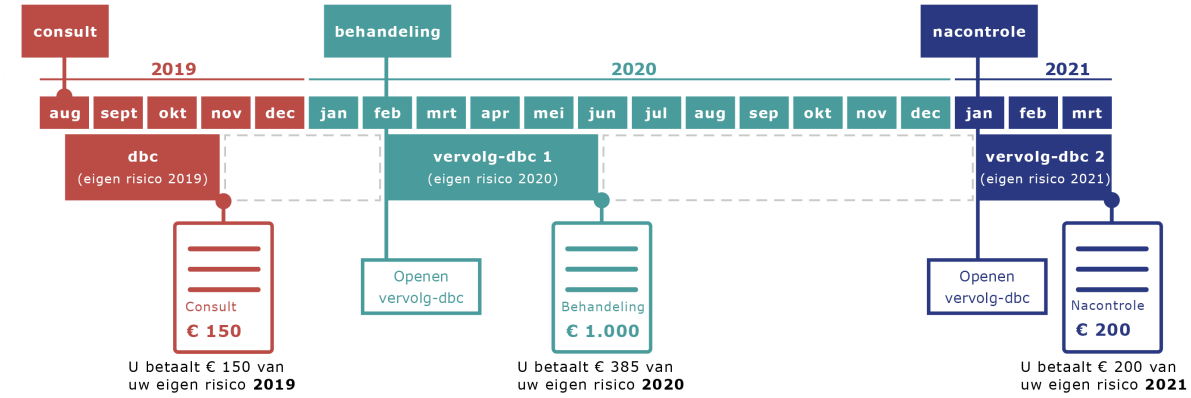
Omdat de kosten/declaratie wordt toegerekend aan het jaar van openen van de vervolg-dbc, kan dit tot ongewenste situaties leiden: het aantal niet declarabele zorgproducten en de som van totale declaratiebedragen neemt toe. Het aantal vervolg-dbc's per jaar neemt met circa 5% toe, het totaal gedeclareerde bedrag met circa 1% (bij ongewijzigde tarieven).



Scenario b. Vervolg-dbc's openen op de dag van de vervolgbehandeling

Ten tweede is het mogelijk om een vervolg-dbc te openen op de dag van de vervolgbehandeling. Hierdoor wordt er niet meer automatisch een vervolg-dbc geopend direct na het sluiten van de vorige dbc, maar wordt er pas weer een dbc geopend op het moment dat de patiënt weer naar het ziekenhuis gaat. Op die manier voorkom je lege vervolg-dbc's. Dit biedt een oplossing voor de jaargrensproblematiek, maar biedt geen oplossing om vooraf duidelijkheid te creëren over de hoogte voor het eigen risico. Ook verkort het niet de tijd die tussen zorggebruik en inning van het eigen risico zit. Het biedt dus geen oplossing voor de patiënt voor wat betreft de onduidelijkheden.

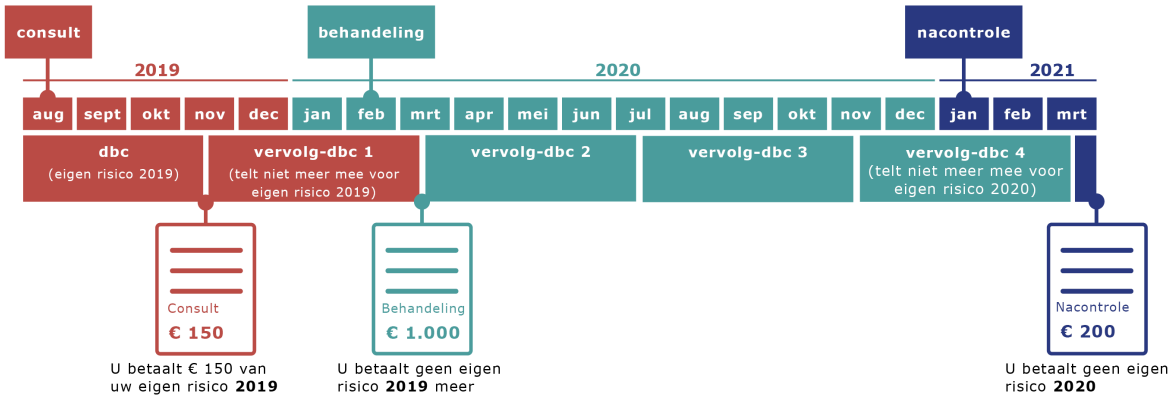
Als gevolg van deze maatregel zal het aantal vervolg-dbc's per jaar afnemen. Vervolg-dbc's zullen gemiddeld meer gevuld zijn (zwaardere profielen) doordat periodes zonder zorg nu vaker buiten een vervolg-dbc komen te liggen. De daling van het aantal dbc's bedraagt circa 2,1% met als gevolg 0,5% minder gedeclareerde zorg (bij gelijkblijvende tarieven).



Scenario c. Vervolg-dbc's uitsluiten van het eigen risico

Ten derde is het mogelijk om een vervolg-dbc uit te sluiten van het eigen risico. Hierdoor hoeft geen eigen risico te worden betaald voor een vervolg-dbc. Dit biedt een oplossing voor de jaargrensproblematiek maar biedt slechts beperkt oplossing om vooraf duidelijkheid over de hoogte voor het eigen risico te verkrijgen. Ook verkort het de tijd niet die tussen zorggebruik en inning van het eigen risico zit. Het biedt dus geen oplossing voor de patiënt voor wat betreft de onduidelijkheden. Bovendien betekent dit een verlaging van de opbrengsten van het eigen risico van maximaal ongeveer € 0,43 mld.

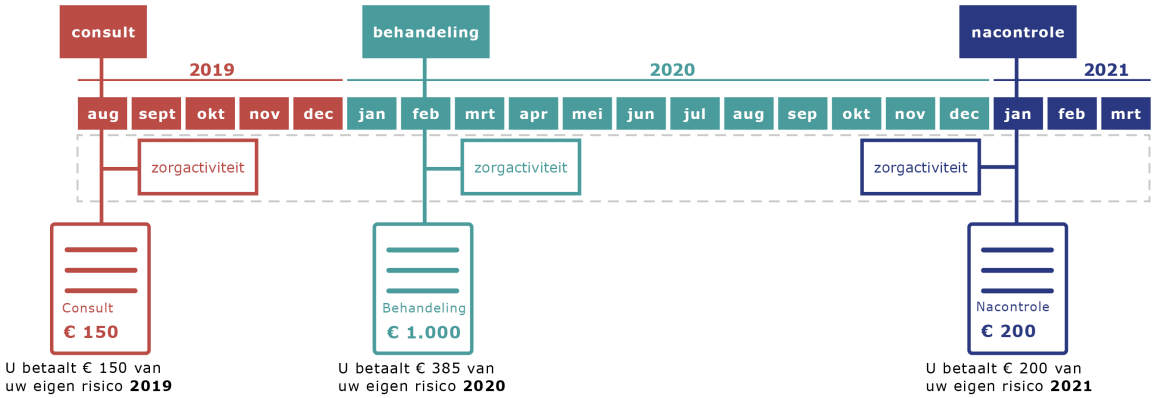
Indien dit budgettair neutraal moet gebeuren zijn er mitigerende maatregelen nodig. Daarbij komt dat er een prikkel in dit scenario zit die uitnodigt tot 'strategisch' zorggebruik. Het eigen risico als remgeld krijgt in dit scenario een verminderde werking.



Scenario d. Declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's

Tot slot is er de mogelijkheid om de bekostiging aan te passen en te declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's. Daarmee is het mogelijk om het eigen risico te koppelen aan een activiteit die plaatsvindt op een specifiek moment in plaats van de huidige koppeling aan het dbc-traject.

Dit zou ook de mogelijkheid bieden 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 het eigen risico. Dit betreft echter een forse aanpassing van de bekostigingssystematiek. Tevens vereist dit scenario contracteren op waarde om de volumeprikkel te mitigeren. Het verdient aanbeveling om een dergelijke grote wijziging van de bekostigingssystematiek niet alleen te verkennen vanuit het oogpunt van het eigen risico, maar ook onder meer vanuit het perspectief van de Juiste Zorg Op De Juiste Plek, en integrale en uitkomstgerichte zorg. Zie hiervoor ons advies bekostiging medisch-specialistische zorg.



Oplossingsrichting 3. Aanpassing verrekening eigen risico

Een mogelijke oplossingsrichting is dat het eigen risico niet gekoppeld is aan een dbc, maar aan een zorgactiviteit. Je betaalt dan niet meer voor de dbc, maar bijvoorbeeld voor een 'consult', 'operatie' of 'ligdag'. Het eigen risico is dan gekoppeld aan een zorggebeurtenis (die plaatsvindt op één moment dat zorg is genoten) en niet meer aan een dbc-traject van 120 dagen. Dit betreft een aanpassing van de manier waarop de eigen bijdrage wordt berekend en niet om een aanpassing van de hoogte van de eigen bijdragen.

De aanpassing van de verrekening van het eigen risico heeft een aantal voordelen voor de patiënt. Ten eerste is vooraf meestal helder voor welke activiteit iemand naar een ziekenhuis gaat. De patiënt weet of het een consult betreft, of juist een operatie. Als aan deze activiteiten een forfaitair bedrag gekoppeld wordt, is voor de patiënt vooraf duidelijk welke kosten verrekend worden met het eigen risico.

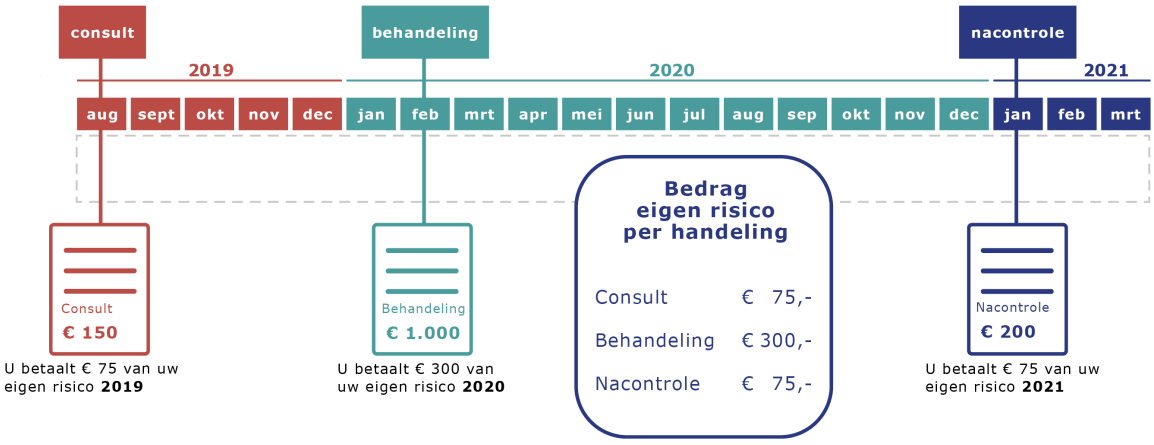
Ten tweede is het mogelijk om deze activiteiten direct door te geven aan de zorgverzekeraar. Een ziekenhuis hoeft hiervoor geen declaratieproces te doorlopen en ook niet 120 dagen te wachten. De zorgverzekeraar informeren dat de betreffende activiteit heeft plaatsgevonden is voldoende.

Hierdoor kan de tijd tussen het moment van zorggebruik en de inning van het eigen risico aanzienlijk worden verkort. Bovendien biedt het een oplossing voor de jaargrenzen problematiek, omdat het eigen risico niet meer is gekoppeld aan de openingsdatum van de dbc, maar aan de zorgactiviteit.

Deze maatregel zal effect hebben op de opbrengst van het eigen risico. Deze zal lager zijn dan nu het geval is, omdat het verrekende eigen risico niet hoger mag zijn dan de gecontracteerde prijs van een dbc. Als de maatregel budgetneutraal moet zijn, zijn mitigerende maatregelen nodig. Bijvoorbeeld door elders de eigen betalingen te verhogen, waardoor het totaal van wat patiënten aan eigen bijdragen betalen op het huidige niveau uitkomt.

Hoeveel de opbrengst daalt en welke mitigerende maatregelen nodig zijn, is afhankelijk van de exacte invulling van het nieuwe eigen risico. Dit is een politieke invulling, waarvoor wij op verzoek van de minister een nadere berekening kunnen maken.

Daarnaast heeft deze oplossingsrichting effect op de administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij krijgen een extra informatiestroom en er zal vaker geïnd worden.



Conclusie

Op basis van onze analyse concluderen we dat het probleem zoals deze in de Kassa-uitzending is beschreven, relatief beperkt voorkomt. Bovendien is het aantal patiënten dat hier voordeel van ondervindt hoger dan het aantal patiënten dat nadeel ondervindt. Wij zien wel ruimte en noodzaak voor verbetering van de (transparantie over de) verrekening van het eigen risico voor de patiënt in de breedte. Hierbij gaat het ook om duidelijkheid vooraf over de hoogte én tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.

Zoals aangegeven biedt transparantie niet een allesomvattende oplossing, maar zijn er wel aanvullende mogelijkheden als het gaat om de momenten waarop de patiënt geïnformeerd kan worden over mogelijke kosten. Wij zullen in overleg met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties inzetten op deze verbetering van informatievoorziening richting patiënten.

Wij adviseren om te kiezen voor een oplossing die transparantie voor de patiënt in de breedte oplost, dus zowel ten aanzien van de jaargrensproblematiek, de hoogte én de tijdigheid van de verrekening. Daarmee zijn twee oplossingsrichtingen denkbaar: het declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van dbc's (2d) of het loskoppelen van de verrekening van het eigen risico van de dbc-systematiek (3).

In onze Monitor inhoudelijke contracten hebben we geconstateerd dat de randvoorwaarde voor het declareren op zorgactiviteiten, namelijk het contracteren op waarde zodat de volumeprikkel gemitigeerd wordt, nog beperkt van de grond komt. Het overgaan naar declareren op zorgactiviteiten is dus binnen afzienbare termijn geen optie. Ons advies is dan ook om de dbc-systematiek los te koppelen van het eigen risico (3). Dit biedt veel voordelen ten aanzien van transparantie voor de patiënt. Ook met het oog op de toekomstige doorontwikkeling van de (integrale) bekostiging zou dit een duurzame ontwikkeling zijn.

We merken op dat de huidige dbc-systematiek vele functies kent. In ons advies bekostiging medisch-specialistische zorg: Belonen van zorg die waarde toevoegt hebben we geconstateerd dat onder meer contracten, data, risicoverevening en eigen risico allemaal afhankelijk zijn van de dbc-bekostiging. Van de veelheid aan functies die het dbc-systeem nu vervult, zijn niet alle functies goed met elkaar verenigbaar in één systeem. Een eventuele aanpassing, hoe klein dan ook, raakt al deze terreinen. Deze afhankelijkheden maken het systeem complex en inflexibel.

Naar onze mening verdient het aanbeveling om de afhankelijkheid van de dbc-systematiek af te bouwen, te beginnen met het loskoppelen van de verrekening van het eigen risico van de dbc-systematiek.