Verkenning afrekening eigen risico ggz

Maart 2022

1 maart 2022

Inhoudsopgave

1	**Inleiding**	**3**
2	**Opdracht aan de NZa**	**4**
3	**Interpretatie NZa van de opdracht**	**5**
3.1	Scope	5
3.2	Context	5
3.3	Aanleiding	5
4	**Vormgeving en inrichting eigen risico**	**8**
4.1	De grond waarop het eigen risico wordt belast	8
4.2	Bedrag waarmee het eigen risico wordt belast	9
5	**Varianten voor het verrekenen van het eigen risico**	**10**
5.1	Huidige situatie (variant 1): Verrekening eigen risico op grond van vergoede zorgprestaties	10
5.1.1	Hoe ziet de huidige situatie eruit?	10
5.1.2	Beschouwing variant aan de hand van criteria	10
5.2	Variant 2: verrekening eigen risico met een vast bedrag op grond van een ggz-traject	11
5.2.1	Hoe ziet de variant eruit?	11
5.2.2	Beschouwing variant aan de hand van criteria	12
5.3	Variant 3: verrekening op grond van een vast bedrag per zorggebeurtenis (in de zin van consult, verblijfsdag, of overige prestatie).	13
5.3.1	Hoe ziet de variant eruit?	13
5.3.2	Beschouwing variant aan de hand van criteria	14
6	**Overwegingen bij de varianten**	**16**
6.1	Variant 3 is meer passend voor de patiënt en sector dan variant 2	16
6.2	Is variant 3 dan ook meer passend dan de huidige systematiek (variant 1)?	17

1 Inleiding

De NZa heeft begin november van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een opdracht ontvangen. Deze opdracht bestaat uit het verzoek een verkenning van de afrekening van het eigen risico in de ggz uit te voeren. De NZa heeft in het voorjaar van 2020 een verkenning uitgevoerd rondom het eigen risico in de medisch specialistische zorg (msz)[1]. VWS vraagt ons een vergelijkbare exercitie uit te voeren, maar nu voor de ggz.

De opdracht voor de ggz komt voort uit de motie van het lid Paulusma[2]. Aanleiding voor deze motie is de invoering van het zorgprestatiemodel in de ggz vanaf 2022. Omdat het eigen risico van de zorgverzekering is gekoppeld aan de bekostiging, heeft de invoering van het zorgprestatiemodel gevolgen voor het eigen risico dat mensen betalen voor hun zorggebruik. Onder de nieuwe bekostiging wordt het eigen risico aangesproken in het jaar waarin de zorg daadwerkelijk is geleverd en niet alleen in het jaar waarin de behandeling is gestart.

[1] 'Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)– advies naar aanleiding van de Kassa-uitzending over jaargrenzen en het eigen risico,' NZa, april 2020.
[2] Kamerstuk 35905 nr. 11

2 Opdracht aan de NZa

In de opdracht vraagt de staatssecretaris de NZa om de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke mogelijkheden ziet de NZa om in de ggz te gaan werken met een vaste eigen bijdrage per behandeling? Breng daarbij indien mogelijk verschillende varianten in beeld, niet alleen een vaste eigen bijdrage per consult (waarbij het eigen risico gekoppeld blijft aan de bekostiging), maar bekijk ook of het mogelijk is om een vaste eigen bijdrage per behandeltraject te vragen (waarbij het eigen risico wordt losgekoppeld van de bekostiging). Benoem – indien van toepassing – ook andere mogelijkheden die de NZa ziet.
- Maak per variant een inschatting wat de gevolgen zijn voor:
  - Transparantie en begrijpelijkheid voor de patiënt (is voor de patiënt vooraf duidelijk wat hij betaalt, komt de rekening tijdig, komt het ten laste van het eigen risico in hetzelfde jaar waarin de behandeling plaatsvond).
  - Remgeldeffect en het risico op zorgmijding;
  - Uitvoerbaarheid, eventuele fraudegevoeligheid en administratieve lasten.
  - Financiële effecten op macroniveau en individuniveau (waar dit niet te kwantificeren is, kan een kwalitatieve inschatting worden opgenomen).
  - Juridische consequenties en invoeringstermijn.
  - Overige aandachtspunten (bijvoorbeeld gevolgen voor andere Zvw-sectoren).

3 Interpretatie NZa van de opdracht

In deze paragraaf schetsen we hoe wij de opdracht hebben geïnterpreteerd en welke vraag wij proberen te beantwoorden in het uiteindelijke advies aan de staatssecretaris.

3.1 Scope

Allereerst is van belang dat de scope alleen het eigen risico betreft. Het gaat dus niet om andere eigen bijdragen waar een patiënt of verzekerde mee te maken kan krijgen. Als wij het in het vervolg van dit stuk dus hebben over vaste bedragen of flexibele bedragen, betreft het altijd een bedrag dat verrekend wordt met het eigen risico.

Ten tweede is alleen de geneeskundige ggz[3] in scope. We realiseren ons dat deze scope nauw is, en dat het eigen risico vraagstuk relevant is voor de gehele Zvw-zorg. Ook het recente coalitieakkoord onderkent dit.

De overwegingen in dit stuk zijn daarmee dus specifiek voor de ggz-sector. Als de wens is het eigen risico in de ggz daadwerkelijk aan te passen zal nog integraal, sector overstijgend, gekeken moeten worden naar het vraagstuk.

Bovendien geldt dat we zowel in dit document als in het advies, het principe van het eigen risico en de hoogte hiervan als een gegeven beschouwen. We onderzoeken en toetsen niet of het eigen risico nog het juiste middel is bij de doelstelling die het had bij invoering van het eigen risico in 2006.

3.2 Context

VWS vraagt ons naar de mogelijkheden om een vast bedrag aan eigen risico per behandeling te onderzoeken. Aangezien de term behandeling verschillend geïnterpreteerd kan worden, zullen we de term op twee manieren definiëren. Behandeling kan doelen op een *zorggebeurtenis*, in de huidige GGZ bekostiging bijvoorbeeld en consult[4] of een verblijfsdag en de eventuele toeslagen. Daarnaast kan met behandeling een *behandeltraject* worden bedoeld, bijvoorbeeld een serie van consulten en/of verblijfsdagen over een bepaalde tijdsperiode waarmee in een zorgvraag van de patiënt wordt voorzien (bijvoorbeeld een dbc-zorgproduct in de msz of de dbc's ggz tot 2022).

3.3 Aanleiding

Wanneer wij kijken naar de aanleiding van de adviesvraag in de ggz en de eerdere adviesvraag over het eigen risico in de msz, dan zien we twee overwegingen.

[3] Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

[4] Met het woord 'consult' bedoelen we alle nieuwe prestaties in de ggz per 2022. We gebruiken niet het woord 'prestatie' omdat dit verwarrend kan werken in relatie tot de dbc-prestaties die tot 2022 golden. De dbc-prestatie was een prestatie die eerder bestond uit een groep ggz-activiteiten (zoals een behandeltraject).

De eerste overweging is de transparantie en begrijpelijkheid voor de patiënt bij een verrekening van het eigen risico op grond van een gedeclareerd behandeltraject (bijvoorbeeld dbc). De kosten worden in dat geval pas gedeclareerd en ten laste van het eigen risico gebracht nadat het traject is afgerond. Voor de patiënt zijn de kosten van te voren onzeker. En de kosten worden ten laste gebracht van het kalanderjaar waarin het traject startte. Dit heeft gevolgen voor de doorlooptijd van de afrekening met het eigen risico. De patiënt zal door de langere doorlooptijd pas laat geconfronteerd worden met de afrekening van het eigen risico. Dit was onder andere de aanleiding om andere mogelijkheden voor de verrekening van het eigen risico in de medisch specialistische zorg te verkennen.[5]

Bij een declaratie op grond van een prestatie per zorggebeurtenis (zoals een consult in het zorgprestatiemodel) speelt de overweging rond transparantie en begrijpelijkheid niet. Wat hier wel kan spelen is dat de patiënt mogelijk tweemaal het volledig eigen risico betaalt[6] (in twee kalenderjaren) voor meerdere zorggebeurtenissen die voorheen als onderdeel van één en hetzelfde behandeltraject werden gezien (en waar voorheen dus ook maar één keer eigen risico over werd gerekend).

Met de komst van het zorgprestatiemodel kunnen er dus situaties ontstaan waarin een patiënt tweemaal het eigen risico moet betalen. Deze situatie ontstaat zodra het behandelingstraject over de kalenderjaargrens (31 dec – 1 januari) loopt. En wanneer in beide kalenderjaren zorggebeurtenissen plaatsvinden in het kader van hetzelfde behandeltraject.

De NZa heeft in de zomer van 2021 berekend hoe vaak deze situatie zich naar verwachting voor zal doen. We verwachten dat maximaal 9% van de ggz- patiënten per 2022 meer eigen risico zal betalen door invoering van het zorgprestatiemodel en het gekoppelde eigen risico aan de zorgprestaties. In de

Zo ging afrekening van het eigen risico in de ggz tot en met 2021

Tot 2021 kreeg de zorgverzekeraar aan het einde van een traject, maar soms ook pas een jaar later, één rekening met daarin alle onderdelen van de behandeling. De zorgverzekeraar keek naar de startdatum van de behandeling om te bepalen bij welk kalenderjaar de rekening hoort. Als de zorgverzekeraar de rekening betaalde, keek hij of het eigen risico voor dát kalenderjaar al was opgemaakt.

Een voorbeeld: een patiënt heeft in oktober, november en december 2020 8 gesprekken met een psycholoog. De behandeling gaat verder in 2021. In januari en februari zijn er nog 4 gesprekken. Dan is de behandeling klaar. Alle 12 gesprekken staan op dezelfde rekening die in maart 2021 naar de zorgverzekeraar gaat. Die kijkt naar de startdatum van de behandeling. Die was in oktober 2020. De rekening telt mee voor het eigen risico van 2020

Bron: Factsheet-Zorgprestatiemodel-en-eigen-risico-okt-2021.pdf

Zo gaat afrekening van het eigen risico in de ggz vanaf 2022

In het zorgprestatiemodel worden ggz-behandelingen niet meer als traject afgerekend. De rekening wordt gestuurd kort nadat de activiteiten (zorgprestaties) plaatsvinden, bijvoorbeeld aan het einde van de maand. Op zo'n rekening kunnen dan bijvoorbeeld 2 of 3 consulten staan. De zorgverzekeraar telt de activiteiten die in 2022 plaatsvinden mee in de berekening van het eigen risico voor 2022. De zorgprestaties die in 2023 plaatsvinden, tellen mee in de berekening van het eigen risico voor 2023.

Een voorbeeld: een patiënt heeft in 2022 8 gesprekken met een psycholoog. De behandeling gaat verder in 2023. In 2023 heeft hij 2 gesprekken met een psycholoog. De 8 gesprekken die in 2022 plaatsvinden tellen mee voor het eigen risico van 2022. De 2 gesprekken die in 2023 plaatsvinden tellen mee voor het eigen risico van 2023.

Bron: Factsheet-Zorgprestatiemodel-en-eigen-risico-okt-2021.pdf

[5] 'Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)– advies naar aanleiding van de Kassa-uitzending over jaargrenzen en het eigen risico,' NZa, april 2020.

[6] Of één jaar volledig, en in het andere jaar voor een deel het eigen risico betaalt. Maar in ieder geval meer eigen risico betaalt dan tijdens de dbc-bekostiging.

bijlage bij dit rapport geven we ook inzicht in de financiële macro-effecten bij de verschillende varianten waarmee het eigen risico afgerekend kan worden.

Doel van dit document is om de verschillende opties die de NZa ziet en de beoordeling van deze opties aan de hand van de beoordelingscriteria ter consultatie voor te leggen aan veldpartijen, waarna de NZa dit rapport aan VWS verstuurd.

De NZa geeft aan het einde van dit rapport een beschouwing van de verschillende opties. Voorafgaand aan deze beschouwing geven we per optie aan welke gevolgen er zijn voor wat betreft: transparantie, zorgmijding en uitvoerbaarheid. In de bijlage van dit rapport rekenen we ook de financiële effecten van de varianten door.

De juridische consequenties zijn vooralsnog niet uitputtend in beeld gebracht. We beperken ons bij juridische consequenties dan ook tot de vraag of we op voorhand al juridische belemmeringen zien bij de geschetste variant. Dit nemen we dan op onder het criterium uitvoerbaarheid.

Zowel de financiële impact als de juridische consequenties kunnen we beter onder de loep nemen als meer richting gegeven wordt aan een voorkeursvariant. De eventuele andere aandachtspunten die we signaleren nemen we uiteraard direct bij de varianten op.

4 Vormgeving en inrichting eigen risico

De zorgverzekeringswet (Zvw) kent een systeem van eigen risico. Door een deel van de zorgkosten terug te leggen bij verzekerden, is de aanname dat verzekerden een afweging maken tussen kosten en baten van zorg waarmee zorggebruik wordt afgeremd. Het CPB[7] noemt twee belangrijke effecten van eigen betalingen: het gedragseffect (ook wel het remgeldeffect) en financieringsverschuiving.

Verzekeraars verrekenen het eigen risico met de gemaakte zorgkosten tot de hoogte van het maximale (vrijwillige) eigen risico. Dit zal maximaal 385 euro zijn, tenzij de verzekerde een vrijwillig verhoogd eigen risico heeft tot maximaal 885 euro.

Het eigen risico wordt binnen de Zvw op dit moment verrekend op grond van de prestaties en tarieven die door de aanbieder bij de patiënt of diens zorgverzekeraars in rekening worden gebracht. Er zijn echter ook andere mogelijkheden om de verrekening van het eigen risico op te baseren.

Hieronder beschrijven we kort de verschillende mogelijkheden die wij zien. Wij onderscheiden daarin twee dimensies: De grondslag waarop het eigen risico verrekend wordt en de manier waarop de hoogte van het bedrag wordt bepaald waarmee het eigen risico wordt belast. Een wijziging in het eigen risico zal invloed hebben op het remgeldeffect en zal mogelijk ook een financieringsverschuiving betekenen.

4.1 De grond waarop het eigen risico wordt belast

Voor het bepalen van een grond waarop het eigen risico kan worden bepaald zien wij de volgende mogelijkheden:

- *Per zorggebeurtenis:* Het eigen risico wordt bij iedere in rekening gebrachte individuele zorggebeurtenis (prestatie) belast tot het maximale eigen risico is bereikt. Deze basis is gelijk aan de huidige systematiek per 2022.
- *Per type zorggebeurtenis:* Het eigen risico wordt bij een selectie van zorggebeurtenissen (prestaties) op eenzelfde manier belast. Bij de prestaties die buiten de selectie vallen wordt het eigen risico anders belast, bijvoorbeeld met een andere hoogte van het bedrag (zie ook 4.2). De selectie van prestaties kan bijvoorbeeld worden gemaakt aan de hand van het type prestatie (diagnostiek consulten, behandel consulten). Alle zorggebeurtenissen die je zou kunnen scharen onder bijvoorbeeld ‘diagnostiek consulten’ krijgen dan eenzelfde manier voor het afrekenen van het eigen risico. Een ander voorbeeld zou zijn om alle zorggebeurtenissen onder te verdelen in ‘licht, middel, of zware’ zorggebeurtenissen. Binnen dezelfde typering hoort dan ook eenzelfde manier van afrekening van het eigen risico.
- *Per behandeltraject:* Het eigen risico kan ook per (al dan niet afgerond) behandeltraject in rekening worden gebracht. Dit zou betekenen dat na de afronding van een behandeltraject of na afronding van een bepaalde fase in de behandeltraject de kosten voor dit behandeltraject ten laste van het eigen risico gebracht worden. Er kan worden aangesloten bij al gebruikte definities van een traject. In het zorgprestatiemodel wordt bijvoorbeeld een trajectnummer gebruikt, maar er kan ook een nieuwe definitie worden geïntroduceerd voor dit doeleinde.

[7] Centraal Planbureau, Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet, Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020, juni 2020.

- *Per periode:* Er kan ook gedacht worden aan het koppelen van het eigen risico aan een periode waarin de kosten van de gedeclareerde ggz zorg in rekening wordt gebracht. Bijvoorbeeld per maand, per kwartaal of per jaar na de start van de behandeltraject.

4.2 Bedrag waarmee het eigen risico wordt belast

Naast de grond waarop het eigen risico kan worden bepaald zijn er keuzes te maken in het bedrag waarmee het eigen risico wordt belast:

- *Vergoede zorgkosten:* Alle kosten in de ggz die door de verzekeraar worden vergoed worden ten laste van het eigen risico gebracht. Het te betalen eigen risico is dan gelijk aan het vergoede bedrag door de zorgverzekeraars, tot dat het volledig (vrijwillig) eigen risico is betaald. Dit is de manier waarop het eigen risico op dit moment in het Zvw domein is ingericht.
- *Een percentage van de vergoede zorgkosten:*

Bijvoorbeeld een percentage van 50%. Dit zou betekenen dat de patiënt altijd 50% van het zorggebruik zelf betaalt, totdat het volledige eigen risico is aangesproken.

- *Vast bedrag*: De hoogte van het (maximum) bedrag waarmee het eigen risico wordt belast kan vast zijn. Bijvoorbeeld, voor ieder consult niet meer dan 100 euro. Het bedrag dat verrekend wordt met het eigen risico, mag niet meer zijn dan de vergoede zorgkosten. Om die reden is bij dit vaste bedrag eigenlijk sprake van een vast bedrag *tenzij* de vergoede kosten lager zijn.
- *Flexibel bedrag of percentage:* bijvoorbeeld een toenemend of juist een afnemend bedrag (of percentage) naar mate het zorggebruik. Dit zou bijvoorbeeld via een staffel ingericht kunnen worden.

De verschillende opties van de twee dimensies die hierboven zijn omschreven, kunnen worden gecombineerd. Dit leidt tot een veelheid aan mogelijke varianten. Het aantal varianten die de NZa in deze notitie uitwerkt is beperkt. We hebben de varianten uitgewerkt die volgen uit de opdracht van VWS en die wij het meest herkenbaar en daarmee realistisch achten.

Tot slot is er ook nog een aantal varianten te bedenken die eigenlijk uit een combinatie bestaan van meerdere varianten zoals hierboven beschreven. Denk bijvoorbeeld aan een systeem van een verschoven eigen risico. Dan betaalt een patiënt tot een bepaald bedrag geen eigen risico. Pas wanneer dit bedrag aan zorg is benut, gaat de patiënt eigen risico betalen. De hoogte van het te betalen eigen risico kan vervolgens weer op verschillende manieren worden ingericht (vast bedrag, %, etc.).

Een andere manier voor het afrekenen van het eigen risico is een two-tier systeem. De patiënt betaalt in dit systeem tot een bepaald bedrag zelf de zorg d.m.v. het eigen risico, en na dit bedrag betaalt hij/zij nog percentage eigen risico over de zorgrekening. Dit is dus eigenlijk een combinatie van de geschetste varianten in de matrix (combinatie van eigen risico o.b.v. vergoede kosten en een percentage na een bepaald drempelbedrag).

De opsomming van alle manieren en varianten betekent overigens niet dat elk van die varianten even geschikt en kansrijk is. Verderop in de notitie zetten we een aantal meer realistische varianten uiteen.

5 Varianten voor het verrekenen van het eigen risico

Hierboven heeft de NZa geschetst hoe het eigen risico in de basis kan worden vormgegeven. Daar schetsen we ook dat deze basis (grond) gecombineerd kan worden met het bepalen van de hoogte van het eigen risico. Het combineren leidt tot een veelvoud aan varianten.

We lichten, zoals gevraagd in de opdrachtbrief, specifiek de huidige situatie vanaf 2022 (variant (1)) van een eigen risico op basis van vergoede zorgkosten, de variant (2) van een vast eigen risico per behandeltraject, en de variant (3) van een vast eigen risico per zorggebeurtenis toe.

5.1 Huidige situatie (variant 1): Verrekening eigen risico op grond van vergoede zorgprestaties

5.1.1 Hoe ziet de huidige situatie eruit?

In de huidige inrichting van de het eigen risico worden de in rekening gebrachte en vergoede zorgprestaties ten laste van het eigen risico gebracht totdat het maximum eigen risico is bereikt. Het eigen risico is daarmee volledig aan de bekostiging gekoppeld. De inrichting van de bekostiging bepaalt dan ook de manier waarop het eigen risico wordt belast.

In alle zorgsectoren binnen de zorgverzekeringswet wordt het eigen risico op deze manier verrekend. Dit betekent ook dat wanneer de bekostiging wijzigt, de verrekening van het eigen risico mee wijzigt. Voor de ggz betekent dit dat met de invoering van het zorgprestatiemodel per 2022, de verrekening van het eigen risico op grond van zorgprestaties plaatsvindt en die per consult, verblijfsdag of ander type prestatie in rekening worden gebracht[8].

5.1.2 Beschouwing variant aan de hand van criteria

- Transparantie: Transparantie kun je opdelen in drie aspecten: duidelijkheid over de hoogte van het eigen risico voorafgaand aan het zorggebruik; duidelijkheid vooraf over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken en de tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.
  Voor de patiënt geldt dat doorgaans voorafgaand aan het zorggebruik duidelijk is voor welke zorgprestatie iemand naar de ggz-aanbieder gaat. Als op basis van de tarieven die voor deze zorg in rekening worden gebracht, het eigen risico wordt geïnd, dan is voor de patiënt ook vooraf duidelijk welke kosten verrekend worden met het eigen risico. Tevens is dan duidelijk van welk jaar het eigen risico wordt aangesproken. Echter, omdat zorgaanbieders verschillende tarieven kunnen hebben, is het niet voor de patiënt niet altijd even helder wat het te verrekenen bedrag aan eigen risico zal zijn.

[8] Terwijl tot en met 2021 sprake was van verrekening van het eigen risico op basis van dbc-zorgprestaties.

Dit kan tenslotte verschillen per aanbieder. De patiënt kan de tarieven overigens wel achterhalen omdat het kwaliteitsstatuut aanbieders verplicht transparant te zijn over de tarieven. Daarnaast geldt er een kortere doorlooptijd bij afrekening op grond van de vergoede kosten per zorggebeurtenis. De patiënt zal het eigen risico eerder moeten afrekenen. Dit komt de begrijpelijkheid voor de patiënt ten goede.

- Remgeld/zorgmijding: Verrekening van het eigen risico op basis van vergoede zorgkosten betekent dat het eigen risico wordt aangesproken in het jaar waarin de zorg is genoten. Wij verwachten dat in deze variant het eigen risico binnen enkele consulten na de start van het behandeltraject volledig kan zijn betaald. Hierdoor zullen relatief veel kosten in het begin van het behandeltraject worden gemaakt die direct ten laste van het eigen risico komen. De kosten worden ook relatief snel na het leveren van zorg verrekend met het eigen risico. Dit kan een drempel opwerpen voor patiënten om in zorg te komen wat kan leiden tot (ongewenste) zorgmijding. Doordat deze kosten vrij snel (nadat de zorg is geleverd) worden verrekend met het eigen risico, zal het verband tussen het ontvangen van zorg en het betalen van zorg via het eigen risico duidelijk worden ervaren. Het remgeldeffect is erg kort, doordat het eigen risico naar verwachting vroeg in het behandeltraject, volledig zal worden benut. De huidige situatie heeft als consequentie dat een patiënt mogelijk tweemaal het eigen risico binnen eenzelfde behandeltraject betaalt: Bij een behandeltraject dat de kalenderjaargrens overschrijdt kunnen beide kalenderjaren worden belast. Dit kan als onrechtvaardig worden ervaren door patiënten omdat het eigen risico voor eenzelfde behandeltraject twee keer wordt aangesproken. Dit kan daardoor leiden tot bepaalde gedragseffecten zoals uitstel, of afstel van zorg.
- Uitvoerbaarheid: Omdat de huidige praktijk op deze manier is ingericht zijn er geen aanvullende uitvoeringslasten. Deze variant zal dan ook geen juridische consequenties met zich meebrengen, omdat het geen verandering betreft ten opzichte van de huidige situatie.

5.2 Variant 2: verrekening eigen risico met een vast bedrag op grond van een ggz-traject

5.2.1 Hoe ziet de variant eruit?

In deze variant wordt per behandeltraject een vast bedrag ten laste van het eigen risico gebracht. Deze variant lijkt daarmee op de wijze waarop het eigen risico tijdens het dbc-systeem werd verrekend. Verschil is, de verrekening van het eigen risico met een vast bedrag in plaats van verrekening met de vergoede zorgkosten.

Deze variant kan op verschillende manieren worden ingevuld. Ten eerste kan de afbakening van het traject op verschillende manieren worden vormgegeven. Dit kan door middel van het trajectnummer dat in het zorgprestatiemodel is geïntroduceerd. Of het kan op basis van een nieuw te introduceren trajectindicator specifiek voor dit doeleinde. Ten tweede kan worden gekozen om over te gaan tot verrekening van het eigen risico na afloop van het behandeltraject of direct na declaratie van de geleverde zorg binnen het behandeltraject. Ten slotte dient ook de hoogte van het vaste bedrag waarmee het eigen risico wordt belast, per behandeltraject te worden bepaald.

Bij het beschouwen van deze variant kiezen we voor de volgende invulling. Voor de afbakening geldt dat deze maximaal één jaar kan duren (gelijk aan de looptijd van dbc). Het behandeltraject waarop het eigen risico wordt berekend, eindigt dan administratief 365 dagen na de startdatum van het trajectnummer zoals dat in het zorgprestatiemodel geldt. Daarnaast worden de kosten die tijdens het behandeltraject worden gemaakt direct na declaratie verrekend met het eigen risico. Indien het

behandeltraject de jaargrens overschrijdt, worden de kosten voor ggz die in dit behandeltraject vallen niet in het opvolgende jaar ten laste van het eigen risico gebracht. Pas als het behandeltraject (administratief) eindigt één jaar na de start wordt vanaf dat moment het eigen risico opnieuw belast. Tot slot gaan we in onze analyse ervanuit dat het vaste bedrag per behandeltraject gelijk is aan de hoogte van het verplicht eigen risico. Maar uiteraard is dit bedrag nog nader te bepalen.

Voorbeeld verrekening eigen risico per behandeltraject

Voorbeeld 1: Stel, het vaste bedrag voor het eigen risico per behandeltraject is 385 euro. Een patiënt heeft in oktober - december 2022 in totaal 6 consulten met een psycholoog. De vergoede zorgkosten van deze 6 consulten zijn meer dan 385 euro waardoor het vaste bedrag per behandeltraject volledig verrekend wordt met het eigen risico. De behandeling gaat verder in 2023. In de periode januari – maart 2023 vinden nog 4 consulten plaats. De vergoede zorgkosten van deze 4 consulten die in 2023 hebben plaatsgevonden worden niet meer verrekend met het eigen risico. Deze 4 consulten zijn nog onderdeel van hetzelfde behandeltraject. Het vaste bedrag per behandeltraject is voor dit traject tenslotte al volledig verrekend met het eigen risico van 2022.

Voorbeeld 2: Een patiënt heeft in december 2022 2 consulten met een psycholoog. De vergoede zorgkosten van deze 2 consulten van 280 euro worden verrekend met het vaste bedrag per behandeltraject. Het vaste bedrag per behandeltraject is 385 (in de gekozen uitwerking even hoog als het maximum eigen risico). Voor het vaste bedrag per behandeltraject resteert nog 105 euro (385 euro minus 280 euro). Het behandeltraject gaat verder in 2023. Het resterende vaste bedrag per behandeltraject van 105 euro wordt verrekend met de kosten van de eerste consulten in 2023.

5.2.2 Beschouwing variant aan de hand van criteria

- Transparantie: Transparantie kun je opdelen in drie aspecten: duidelijkheid over de hoogte van het eigen risico voorafgaand aan het zorggebruik; duidelijkheid vooraf over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken en de tijdigheid van de verrekening van het eigen risico. Met de invulling zoals hierboven omschreven, lijkt deze variant op het gebied van transparantie op de huidige situatie (variant 1). De vergoede zorgkosten worden tot het vaste bedrag verrekend met het eigen risico. Dit zorgt ervoor dat vooraf duidelijk is welke kosten met het eigen risico worden verrekend. Echter, omdat (net zoals in variant 1) zorgaanbieders verschillende tarieven kunnen hebben, is het niet voor de patiënt niet altijd even helder wat het te verrekenen bedrag aan eigen risico zal zijn. De tijdigheid van de afrekening zal ook niet verschillen met de huidige situatie (variant 1). In variant 2 kan het voorkomen dat 365 dagen na de start van de behandeling het eigen risico opnieuw wordt belast wanneer de behandeling nog doorloopt. Dit kan tot onbegrip leiden bij patiënten en wijkt af van de afrekensystematiek van het eigen risico in de andere sectoren. Dit komt de begrijpelijkheid voor de patiënt niet ten goede.
- Remgeld/zorgmijding: Ook de gedragseffecten van deze variant liggen in lijn met de eerste variant. Er zullen relatief veel kosten in het begin van het behandeltraject worden gemaakt die direct ten laste van het eigen risico komen. De kosten worden ook relatief snel na het leveren van zorg verrekend met het eigen risico. Dit kan een drempel opwerpen voor patiënten om in zorg te komen wat kan

leiden tot (ongewenste) zorgmijding. Omdat het vaste bedrag per behandeltraject vrij snel zal worden volgemaakt zal er verderop in het behandeltraject geen sprake meer zijn van een remgeld-effect. Doordat deze kosten vrij snel (nadat de zorg is geleverd) worden verrekend met het eigen risico, zal het verband tussen het ontvangen van zorg en het betalen van zorg via het eigen risico duidelijk worden ervaren. Het verschil met de huidige variant is dat het remgeldeffect korter is, omdat de kalenderjaargrens wordt losgelaten.

- Uitvoerbaarheid/administratieve lasten: Het afrekenen van het eigen risico op grond van een behandeltraject zal uitvoeringsconsequenties voor zorgverzekeraars met zich meebrengen. Naast het maximum eigen risico binnen de zvw en de hoogte van de vergoede zorgkosten moet ook rekening worden gehouden met het vaste bedrag per zorgtraject. Dit laatste is een extra element die betrokken moet worden bij het verrekenen van het eigen risico en die in de systemen van zorgverzekeraars ingericht moet worden.
  Deze variant heeft daarnaast een aantal complexiteiten die de uitvoering bemoeilijken. Indien een verzekerde tijdens een behandeltraject overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan beschikt deze nieuwe zorgverzekeraar niet over informatie over het zorggebruik in de ggz in het voorgaande jaar. Deze nieuwe zorgverzekeraar weet daarom niet of bij een lopend ggz traject het eigen risico belast moet worden. Om dit te ondervangen zou er een informatieoverdracht moeten plaatsvinden van de oude naar de nieuwe zorgverzekeraars die de nieuwe zorgverzekeraar in staat stelt het eigen risico van de patiënt op een correcte manier te belasten.
  Daarnaast kan de situatie ontstaan waarin het vaste bedrag waarmee het eigen risico wordt belast per behandeltraject niet of maar deels is verrekend in het jaar waarin het behandeltraject is gestart. Dit kan gebeuren wanneer het eigen risico al volledig was betaald vanwege zorggebruik in andere zorgsectoren. Vraag is hoe hier dan in het opvolgende jaar mee om moet worden gegaan.
  In deze variant zal periodiek een besluit over de hoogte van het vaste bedrag aan eigen risico per behandeltraject nodig zijn.
  Een mogelijk juridische consequentie bij deze variant is dat de Zvw (en onderliggende regelgeving) niet expliciet rekening lijkt te houden met een systeem van een vast bedrag dat verrekend wordt met het eigen risico. Beoordeeld moet worden of deze variant past binnen het wettelijk kader of dat aanpassing van het wettelijk kader noodzakelijk is. Bij variant 3 komt dit punt overigens ook terug.

5.3 Variant 3: verrekening op grond van een vast bedrag per zorggebeurtenis (in de zin van consult, verblijfsdag, of overige prestatie).

5.3.1 Hoe ziet de variant eruit?

Deze variant lijkt op variant 1. Er is echter een belangrijk verschil: Het bedrag waarmee het eigen risico wordt belast per zorggebeurtenis is vast en niet per definitie gelijk aan de het vergoede bedrag van de prestatie zoals in variant 1. Dit betekent dat het eigen risico nog steeds belast wordt bij iedere zorggebeurtenis (zorgprestatie) die in rekening wordt gebracht.

Je kunt bij deze variant denken aan een vast individueel bedrag per zorggebeurtenis, of een vast bedrag per type zorggebeurtenis. In dit laatste geval zou voor een consult of verblijfsdag bijvoorbeeld een vast bedrag ten laste van het eigen risico worden gebracht. Dat bedrag kan nooit hoger zijn dan de daadwerkelijke vergoede kosten van de prestatie. Voor een (type) consult zou bijvoorbeeld een bedrag van maximaal 25, 50, 75, 100 euro of ieder ander bedrag kunnen gelden. In de uitwerking van deze variant gaan we uit van een vast bedrag per *type* zorggebeurtenis.

Voorbeeld verrekening eigen risico per zorggebeurtenis (consult)

Voorbeeld 1: Een patiënt heeft in de periode maart – oktober van 2022 10 consulten met een psycholoog. Het vaste bedrag per consult bedraagt in dit voorbeeld 50 euro per consult. Na ieder consult wordt een bedrag van 50 euro verrekend met het eigen risico. De patiënt heeft in 2022 verder geen zorg nodig gehad. Na het 8ste consult is het maximumbedrag van het eigen risico bereikt (8 x 50 euro = 400 euro, het maximum eigen risico bedraagt 385. Voor het 8ste consult wordt het eigen risico met 15 euro belast). Bij het 9de en 10de consult worden geen zorgkosten meer verrekend met het eigen risico.

Voorbeeld 2: Een patiënt heeft in oktober - december van 2022 6 consulten met een psycholoog. Het vaste bedrag per consult bedraagt in dit voorbeeld 50 euro per consult. Er wordt (6 x 50 euro =) 300 euro verrekend met het eigen van 2022. De behandeling gaat verder in 2023 en in de periode januari – maart 2023 vinden nog 4 consulten plaats. Voor deze consulten worden 4 x 50 euro is 200 euro verrekend met het eigen risico van 2023.

De patiënt heeft dus in 2022 300 euro eigen risico betaalt, en in 2023 opnieuw 200 euro.

5.3.2 Beschouwing variant aan de hand van criteria

- Transparantie: Transparantie kun je opdelen in drie aspecten: duidelijkheid over de hoogte van het eigen risico voorafgaand aan het zorggebruik; duidelijkheid vooraf over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken en de tijdigheid van de verrekening van het eigen risico. Wij verwachten dat variant 3 voor patiënten een begrijpelijke en transparante manier van verrekenen is. Dit is wel deels afhankelijk van de precieze inrichting en die verschillende type prestaties waarvoor een vast bedrag wordt vastgesteld. Ten opzichte van de huidige inrichting (variant 1) verwachten wij dat variant 3 begrijpelijker is en op voorhand duidelijker welke kosten in rekening worden gebracht. Het bedrag is immers vast (en gemaximeerd) en niet meer afhankelijk van de setting of van het beroep van de uitvoerend zorgverlener. Ongeacht door wie of waar de zorg geleverd is, zal eenzelfde bedrag verrekend worden met het eigen risico. Dit maakt het transparant voor de patiënt.
  De doorlooptijd tussen de afgenomen zorg en de verrekening van het eigen risico is, net als in varianten 1 en 2, kort. De afrekening van het eigen risico zal in de meeste gevallen plaatsvinden in het kalenderjaar waarin de zorg afgenomen is. Dit maakt het voor de patiënt een begrijpelijke variant.
- Remgeld/zorgmijding: Ten opzichte van de huidige vormgeving verwachten wij dat de drempel om in zorg te komen lager ligt omdat de kosten die bij de eerste consulten lager zullen zijn dan bij variant 1. Hierdoor zullen er meer consulten geleverd kunnen worden voordat het maximum bedrag van eigen risico is bereikt. Hierdoor zal ook gedurende een langere periode van het zorgtraject sprake zijn van een remgeldeffect. Ook zal het in deze variant minder vaak voorkomen dat voor een zorgtraject het eigen risico volledig in twee opvolgende jaren wordt belast. Daarmee komt deze variant de situatie waarin de patiënt tweemaal het volledig eigen risico betaalt voor eenzelfde behandeltraject tegemoet. De mate waarin dit gebeurt, zal afhangen van de hoogte van het vaste bedrag, het moment van het zorggebruik, en de mate van het zorggebruik.

- Uitvoerbaarheid: Het vormgeven van deze variant zal allereerst moeten bestaan uit het vaststellen van de hoogte van het vaste bedrag aan eigen risico per prestatie of per type prestatie.
  Daarnaast zal dit aanpassing van de systemen van de zorgverzekeraars vereisen. Dit is immers een heel andere manier van eigen risico innen.
  In deze variant zal periodiek een besluit noodzakelijk zijn over de hoogte van het vaste bedrag aan eigen risico.
  Consequentie bij deze optie is dat consulten in het zorgprestatiemodel worden gedifferentieerd naar tijdsduur, zo zijn er consulten van 5 minuten en consulten van 60 minuten. Een vast bedrag aan eigen risico van bijvoorbeeld €25 heeft een ander effect op een consult van 5 minuten dan op een consult van 60 minuten.
  Net als bij variant 2 is een mogelijk juridische complicatie bij deze variant dat de Zvw (en onderliggende regelgeving) niet expliciet rekening lijkt te houden met een systeem van een vast bedrag wat verrekend wordt met het eigen risico. Beoordeeld moet worden of deze variant past binnen het wettelijk kader of dat aanpassing van het wettelijk kader noodzakelijk is.

6 Overwegingen bij de varianten

Hierboven hebben we van drie manieren om het eigen risico af te rekenen in kaart gebracht welke voor- en nadelen er zijn.

6.1 Variant 3 is meer passend voor de patiënt en sector dan variant 2

We beoordelen de afrekening van het eigen risico op basis van een vast bedrag per (type) zorggebeurtenis (variant 3) als meer realistisch dan de variant waarop verrekening plaatsvindt aan de hand van een vast bedrag per behandeltraject (variant 2). De overwegingen hiervoor zijn als volgt:

De NZa ziet theoretische mogelijkheden om te werken met een vast bedrag eigen risico per traject, maar ook veel praktische kanttekeningen.

De doorlooptijd van afrekening van het eigen risico achteraf zal langer zijn in variant 2 ten opzichte van variant 3. Maar indien het mogelijk is om variant 2 toch tussentijds af te rekenen, dan komt dit de facto neer op de manier van afrekenen in variant 3. Tussen variant 2 en 3 zit qua tijdigheid van de rekening voor de patiënt niet heel veel verschil als tussentijds afgerekend kan worden gedurende een behandeltraject. Voor variant 3 geldt dat het te verrekenen vaste bedrag met het eigen risico niet afhangt van de zorgaanbieder.

De patiënt wordt bij een behandeltraject met meerdere zorggebeurtenissen in variant 3 vaker geconfronteerd met een af te rekenen bedrag voor het eigen risico. Maar, dit zullen lagere bedragen zijn dan de afrekening van het eigen risico op grond van een behandeltraject. Het remgeldeffect is daardoor in variant 3 mogelijk iets langer, maar de patiënt zal niet geconfronteerd worden met een grote afrekening van eigen risico en daardoor mogelijk zorg gaan mijden. De patiënt zal in beide varianten (indien tussentijds verrekend wordt in variant 2) nauwelijks geconfronteerd worden met verrekening van eigen risico in een ander jaar dan het jaar waarin de zorg is afgenomen. De situatie van tweemaal het volledig eigen risico betalen in twee kalanderjaren zal in beide varianten waarschijnlijk niet voorkomen. Echter, daarvoor is in variant 2 een complexe structuur nodig die dat mogelijk maakt.

Het complexe systeem van variant 2 om te voorkomen dat een patiënt voor eenzelfde behandeltraject, tweemaal eigen risico betaalt is nog onvoldoende doorgedacht voor wat betreft het effect op andere sectoren. Ook verwachten we een aanzienlijke impact voor zorgverzekeraars en hun systemen. Hun administratieve lasten nemen dan ook aanzienlijk toe in variant 2.

Daarnaast geldt dat de NZa in het voorjaar van 2020 voor de msz heeft geadviseerd om de verrekening van het eigen risico los te koppelen van een behandeltraject (dbc-systematiek). Daarin adviseerden we ook dat afrekening van een vast eigen bedrag voor het eigen risico per zorggebeurtenis een oplossing zou zijn voor de nadelen die kleven aan afrekening van het eigen risico op basis van behandeltrajecten. Om die nadelen in variant 2 te minimaliseren hebben we een aantal oplossingen bedacht. Echter, die oplossingen vragen erg veel: vooral uitvoeringstechnisch en waarschijnlijk ook in de juridische uitvoering.

Bovendien geldt voor de andere (niet msz) sectoren waarin het eigen risico wordt afgerekend, ook een afrekening per zorggebeurtenis in plaats van per behandeltraject. Zo wordt bijvoorbeeld bij een diëtetiek behandeltraject of logopedie behandeltraject ook afgerekend op basis van zorggebeurtenissen en niet op basis van een traject.

In lijn met het eerdere msz-advies, afrekening van het eigen risico in andere (eerstelijns)sectoren en gezien de transparantie voor de patiënt, vinden we afrekening met een vast bedrag beter per (type) zorggebeurtenis (variant 3) dan per behandeltraject (variant 2).

6.2 Is variant 3 dan ook meer passend dan de huidige systematiek (variant 1)?

Deze vraag is binnen deze verkenning nog niet goed te beantwoorden. Het antwoord op deze vraag is namelijk erg afhankelijk van hoe de verschillende criteria tegen elkaar worden afgewogen.

Afrekening van het eigen risico via de vergoede zorgkosten (variant 1) is geheel in lijn met de afrekening van het eigen risico in andere sectoren. Om die reden kunnen we een wijziging voor de ggz niet los zien van een onderzoek naar de algehele afrekening van het eigen risico voor alle sectoren.

Afrekening van het eigen risico met een vast bedrag per (type) prestatie vermindert de consequenties die zijn ontstaan bij de invoering van het zorgprestatiemodel wel iets. Het remgeldeffect is in variant 1 korter, omdat het eigen risico sneller volledig belast is. Voor variant 3 is deze langer, omdat patiënten langer en vaker tijdens het behandeltraject met verrekening van het eigen risico worden geconfronteerd. Daar staat tegenover dat wanneer het behandeltraject over twee kalenderjaren loopt, de patiënt bij afrekening van een vast bedrag per zorggebeurtenis minder vaak geconfronteerd wordt met tweemaal het volledig eigen risico van 385 euro. Dit is een voordeel ten opzichte van variant 1.

Daarnaast is variant 3 ook meer transparant voor de patiënt: de patiënt weet ongeacht waar hij de zorg afneemt, doorgaans wat zijn eigen betaling zal zijn voor het eigen risico. Dit is variant 1 anders: daar is de patiënt afhankelijk van het vergoede bedrag door de zorgverzekeraar en dat vergoede bedrag weet hij vaak niet vooraf. Bovendien geldt dat het totaal bedrag dat ten laste van het eigen risico komt, gemiddeld lager is in variant 3 dan in variant 1. Dit betreft een financieringsverschuiving. Dit is in het voordeel van de patiënt die te maken heeft met een jaargrens tijdens zijn behandeltraject.

Hoewel variant 3 deze effecten wat vermindert, vergen vaste bedragen voor het eigen risico jaarlijks wél onderhoud. Net zoals jaarlijks de keuze voorligt wat de hoogte van het landelijk verplicht eigen risico moet zijn, zal voor de ggz een keuze gemaakt moeten worden of de vaste bedragen aangepast dienen te worden. Naast de uitvoeringstechnische implicaties bij zorgverzekeraars en eventueel ook bij de ggz-aanbieders, zal hier dus ook rekening mee gehouden moeten worden.

Tot slot, zal in variant 3 rekening gehouden moeten worden met het gegeven dat het vaste bedrag dat verrekend wordt met het eigen risico nooit meer kan zijn dan de vergoede zorgkosten door de zorgverzekeraar. Eigenlijk is het dus een vast bedrag, tenzij de vergoede kosten lager zijn.

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht