

Introductie

Het introduceren van nieuwe methodes om het eigen risico van zorggebruikers binnen de ggz te verrekenen kan financiële verschuivingen met zich meebrengen. Deze bijlage bij het rapport 'verkenning afrekening eigen risico ggz' bestaat uit een financiële analyse.

Toelichting varianten

Drie varianten worden vergeleken:

- 1 Verrekening van het eigen risico per prestatie (zorggebeurtenis) in het Zorgprestatiemodel (ZPM)
- 2 Verrekening van het eigen risico met een vast bedrag per ggz-traject (DBC-systematiek)
- 3 Verrekening van het eigen risico met een vast bedrag per zorggebeurtenis
 - a (Maximaal) 25 Euro per zorggebeurtenis
 - b (Maximaal) 50 Euro per zorggebeurtenis
 - c (Maximaal) 75 Euro per zorggebeurtenis
 - d (Maximaal) 100 Euro per zorggebeurtenis

Verrekening van het eigen risico per prestatie (zorggebeurtenis) in het Zorgprestatiemodel (ZPM)

Dit is de huidige situatie in het Z waarin onder andere consulten en verblijfsdagen apart in rekening worden gebracht. Dit betekent dat het eigen risico wordt belast bij iedere in rekening gebrachte prestatie totdat het volledig (vrijwillige) eigen risico is verbruikt. Het vergoede bedrag van de zorgprestatie komt per 2022 volledig ten laste van het eigen risico voor het jaar waarin de zorg wordt geleverd.

Verrekening van het eigen risico met een vast bedrag per ggz-traject (DBC-systematiek)

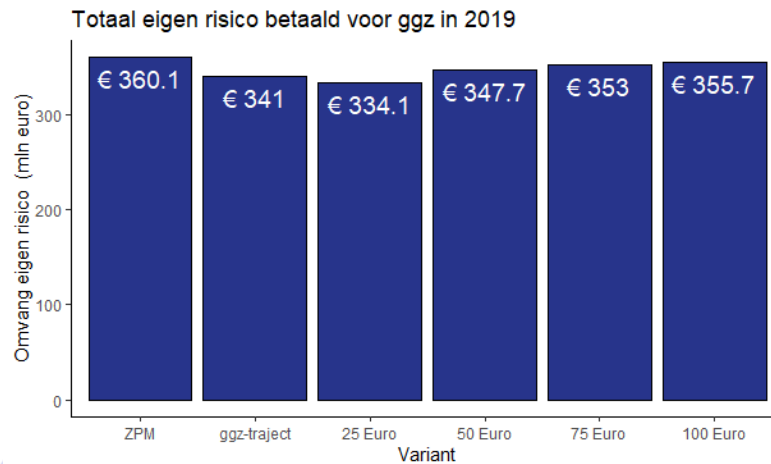
Deze variant is te vergelijken met de manier waarop het eigen risico tijdens de DBC-systematiek werd verrekend. Het volledige vergoede bedrag van een ggz-traject komt ten laste van het eigen risico voor het jaar waarin de behandeling is gestart. Na een looptijd van 365 dagen, kan opnieuw het eigen risico van het dan lopende jaar worden verbruikt, omdat, naar analogie met een DBC-product, na 365 dagen het traject administratief wordt afgesloten.

Verrekening van het eigen risico met een vast bedrag per zorggebeurtenis

Deze variant bestaat uit een (maximaal) vast bedrag per zorggebeurtenis. We onderzoeken voor de consulten in het ZPM een viertal verschillende bedragen: 25, 50, 75 en 100 euro per consult (zorggebeurtenis). Het verrekende bedrag dat ten laste komt voor het eigen risico kan nooit hoger zijn dan het daadwerkelijk vergoede bedrag door de zorgverzekeraar.

Resultaten

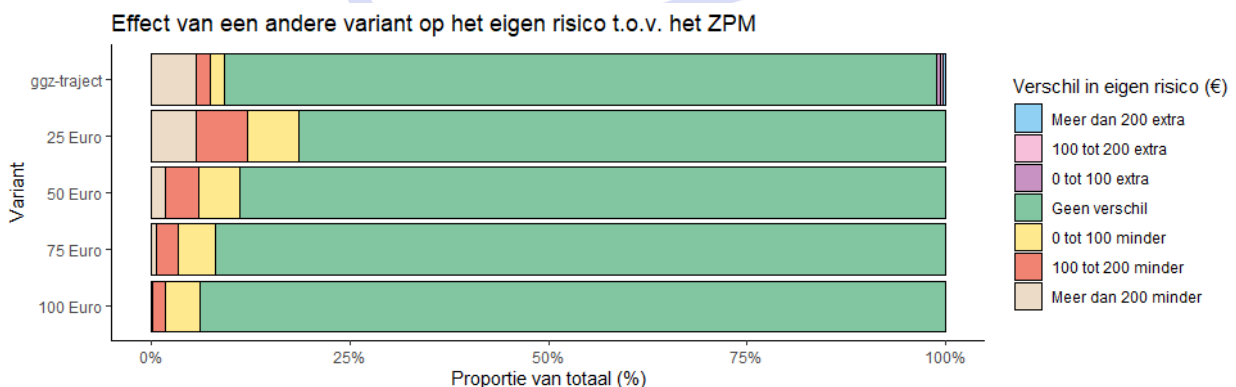
Onderstaande grafiek laat de totale omvang aan betaald eigen risico voor ggz zien op jaarbasis. In de grafiek is de totale omvang aan betaald eigen risico via het ZPM 360 miljoen euro en via de ggz trajecten 341 miljoen euro. Dit betekent een verschil van 19 miljoen euro tussen deze twee varianten op basis van gegevens uit 2019.



Figuur 1: Totale omvang aan betaald eigen risico voor ggz in 2019.

De grafiek toont ook de omvang aan betaald eigen risico voor de varianten met een vast bedrag eigen risico per zorggebeurtenis. De totale omvang aan betaald eigen risico wordt groter naarmate het vaste bedrag aan eigen risico per zorggebeurtenis hoger wordt (en dichter in de buurt komt bij de huidige manier van verrekenen in het ZPM).

In figuur 2 nemen we de huidige eigen risicosystematiek (ZPM) als uitgangspunt. Daarmee kunnen we een inschatting maken van de financiële effecten op het eigen risico als er een andere variant wordt doorgevoerd.



Figuur 2: Financiële impact als gevolg van de introductie van een variant.

Voor het grootste deel van de zorggebruikers verandert er niets. Dit zijn vooral zorggebruikers die bij iedere variant het volledige eigen risico verbruiken. De aantallen zorggebruikers die in deze groepen vallen zijn te zien in tabel 1.

Tabel 1 Het aantal zorggebruikers dat financieel effect zal merken in het eigen risico. Gestratificeerd naar de hoogte van deze impact.

Verschil t.o.v. ZPM	DBC	100 Euro	75 Euro	50 Euro	25 Euro
Meer dan €200 minder	53.460	1.342	5.848	17.144	53.961
€100 tot €200 minder	17.538	15.268	25.815	40.260	61.157
€0 tot €100 minder	17.185	42.410	44.391	48.868	61.493
Geen verschil	849.944	890.596	873.562	843.344	773.005
€0 tot €100 extra	5.071	0	0	0	0
€100 tot €200 extra	3.709	0	0	0	0
Meer dan €200 extra	2.709	0	0	0	0

Toelichting analyse

De financiële analyse vraagt eigenlijk om inzicht in declaratiegegevens op prestatieniveau. Aangezien het ZPM pas recentelijk is ingevoerd, is hierover nog geen data beschikbaar. We hebben wel declaratiegegevens beschikbaar vanuit de DBC-systematiek. Om een uitspraak te kunnen doen over de impact van de verschillende varianten hebben we via simulatie de gedeclareerde ggz in 2019 vertaalt naar ZPM-consulten (2022). Dit is een methodiek om de werkelijkheid in het ZPM te benaderen.

De analyse beperkt zich tot zorggebruikers van ggz. Bij het doorrekenen van de varianten hebben we rekening gehouden met eventuele kosten voor het eigen risico veroorzaakt door zorggebruik buiten de ggz.

De trajectgegevens die we hebben gebruikt voor deze simulatie behoren tot de profielendatabase (DIS). (Deze tijdschrijfgegevens zijn ook gebruikt bij de tariefberekeningen door de NZa.) Via de DIS is het mogelijk om voor de meeste DBC-prestaties een behandeling onder het ZPM te simuleren. Elke simulatie bevat een combinatie van zorgprestaties (consulten, groepsconsulten). Op basis van deze simulatie van zorgprestaties is het mogelijk om verschillende vaste bedragen per zorgprestatie met elkaar te vergelijken. Daarnaast kan het eigen risico worden vergeleken met de huidige situatie en met de DBC-systematiek.

De analyse is gebaseerd op declaratiegegevens uit 2019. Een eerdere analyse op de impact van het eigen risico is uitgevoerd op data uit 2017 waardoor de uitkomsten van beide analyses niet precies aansluiten. In de voorliggende analyse hebben we niet gekeken naar het effect van de eigen risico systematiek op verblijfsprestaties. We verwachten dat het effect nihil zal zijn wanneer het vaste bedrag ook geldt voor verblijfsprestaties. Immers, het is zeer waarschijnlijk dat de groep die gebruik maakt van verblijfsprestaties hoe dan ook de grens van het maximale eigen risico bereikt vanwege de te verwachten zorgvraag.