

Duidelijkheid vooraf bij het eigen risico

De meeste politieke partijen pleiten voor een verlaging van het eigen risico. Een lager eigen risico klinkt sympathiek, maar leidt tot een hogere zorgpremie en lost de onzekerheid en onduidelijkheid rondom eigen betalingen voor patiënten niet op. Het is tijd voor een versimpeling.

YVONNE VAN ROOY

Voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

GABRIELLE TEN BROEKE

Senior beleidsadviseur bij de NVZ

LILIANNE VAN DER VELDE

Senior beleidsadviseur bij de NVZ

Patiënten zijn vaak zeer geïnteresseerd in de kosten van een ziekenhuisbehandeling. Dat is niet vreemd: met een eigen risico van 385 tot maximaal 885 euro betalen patiënten een simpele behandeling in het ziekenhuis vaak zelf. Het is veelal niet mogelijk om van tevoren aan te geven hoeveel een ziekenhuisbehandeling kost. Dit komt omdat de diagnose nog gesteld moet worden, omdat er verschillende behandelingen mogelijk zijn, of omdat de tarieven nog onderwerp van onderhandeling zijn tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Voor de patiënt is dit frustrerend. Vaak hoort hij pas maanden na zijn bezoek aan het ziekenhuis hoeveel hij zelf moet bijdragen aan de ziekenhuisrekening. En tot die tijd weet hij niet welk bedrag ten laste van zijn eigen risico komt.

Ook meer transparantie over ziekenhuistarieven lost dit probleem niet op. Optimistische verwachtingen over de mate waarin meer transparantie zou leiden tot meer vertrouwen bij de burger zijn namelijk niet terecht: meer transparantie leidt er niet toe dat de burger meer vertrouwen heeft (Grimmelikhuijsen, 2012). Wel is het tijd voor een versimpeling van hoe het eigen risico verrekend wordt. Daartoe doet de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) nu een voorstel om het eigen risico los te koppelen van de ziekenhuistarieven en te gaan werken met landelijke, vaste bedragen.

VOORSTEL

In ons voorstel wordt standaard 150 euro voor een kortdurende behandeling in het ziekenhuis en eenvoudig onderzoek, ten laste van het eigen risico gebracht. Hierbij valt te denken aan een bezoek aan de polikliniek of de

spoedeisende hulp voor bloedonderzoek, een eenvoudig röntgenonderzoek of een eenvoudig lichamelijk onderzoek. Mocht hiervoor binnen 120 dagen nog een tweede bezoek aan het ziekenhuis nodig zijn, dan valt dat ook binnen het bedrag van 150 euro. Voor alle andere behandelingen geldt geen vast bedrag, maar het werkelijke tarief. In de praktijk zal de verzekerde/patiënt voor alle andere behandelingen zijn gehele verplichte eigen risico van 385 euro kwijt zijn. Indien de verzekerde een vrijwillig hoger eigen risico heeft (maximaal 885 euro), is hij mogelijk ook zijn vrijwillige eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijt. Zie kader 1 voor een voorbeeld.

Voorbeeld

KADER 1

Jelle komt bij het ramen lappen ongelukkig ten val. Hij komt op zijn hoofd terecht en heeft een bloederige wond. Hij gaat via de huisarts naar de spoedeisende hulp (SEH) van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Op de SEH wordt er naar zijn hoofdwond gekeken, die gehecht moet worden. Jelle komt een week later terug om te laten checken of zijn wond goed is geheeld. Hij heeft een zorgverzekering met een verplicht eigen risico van 385 euro. De kosten van de behandeling bedragen in het ziekenhuis 258 euro.

Ons voorstel

Deze behandeling valt in ons voorstel onder twee bezoeken aan het ziekenhuis en een eenvoudig onderzoek. In ons voorstel betaalt Jelle dus 150 euro. De overige kosten worden door de zorgverzekeraar betaald. Jelle heeft voor de rest van het jaar nog maximaal 235 euro (385 min 150) aan eigen risico.

Huidige systeem

In het huidige systeem betaalt Jelle 258 euro. Dit weet Jelle meestal echter pas achteraf. Hij heeft de rest van het jaar nog 127 euro (385 min 258) aan eigen risico.

VOORDELEN

Een standaardtarief van 150 euro voor kortdurende ziekenhuisbehandeling en eenvoudig onderzoek past goed binnen ons zorgstelsel, en is mogelijk met een beperkte aanpassing van het Besluit Zorgverzekering (Van Doorne advocaten, 2016).

Een vast tarief is veel overzichtelijker en begrijpelijker voor de verzekerde/patiënt dan de huidige veelheid aan ziekenhuistarieven. Ook behoren onverwacht late én hoge rekeningen met gevolgen voor het eigen risico zo tot het verleden.

Tegelijkertijd blijft de prikkel voor kostenbewustzijn in stand. Het eigen risico fungeert nog steeds als 'remgeld'. Ook blijven de mogelijkheden voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om adequaat en scherp over ziekenhuisprijzen te onderhandelen volledig bestaan.

LAGE KOSTEN

Deze relatief eenvoudige wijziging in de vormgeving van het eigen risico heeft betrekking op circa 41 procent van de declaraties. Het ging in 2015 om 6,5 miljoen declaraties van zorgproducten met een totale waarde van 1.149 miljard euro (Vektis, 2017). In alle andere gevallen is de patiënt zijn volledige eigen risico kwijt.

De kosten van ons voorstel zijn beperkt. Op de ruim tachtig miljard euro die de zorg als geheel kost, verwacht Vektis (2017) dat er 15,6 miljoen euro minder via het eigen risico wordt opgehaald. Die lagere opbrengst komt omdat patiënten voor sommige ingrepen een lager bedrag dan het ziekenhuistarief betalen. Vektis komt tot dit bedrag op basis van een doorrekening van een database met daarin alle bij zorgverzekeraars in rekening gebrachte declaraties. Hierbij is niet alleen rekening gehouden met de kosten voor medisch-specialistische zorg, maar ook met kosten van andere zorgsoorten die meetellen voor het eigen risico, zoals kosten van medicijnen (farmaceutische hulp), hulpmiddelen en GGZ.

Niet opgenomen in de calculatie van Vektis zijn de eenmalige kosten die zorgverzekeraars hebben om hun eigen eigenrisico-administratie aan te passen en verzekerden voor te lichten. Daartegenover staat echter een structurele afname van het aantal te behandelen vragen van patiënten over hun ziekenhuisnota bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

In de lage kosten wijkt ons voorstel af van een variant die door het CPB (2015) is doorgerekend en 1,1 miljard euro kost. Met deze variant, waarin 25 procent van de kosten van een behandeling ten laste van het eigen risico komt, wordt ons voorstel weleens verward. De kosten zijn zo laag in ons voorstel, omdat de verrekening van de overige en dus duurdere en langer durende ziekenhuisbehandelingen en onderzoeken ongewijzigd blijft.

ALTERNATIEF VOOR SCHIJNTRANSPARANTIE

Ons voorstel is een alternatief voor het openbaar maken van alle ziekenhuistarieven zoals bepleit door onder andere de Consumentenbond (2017), en in Radar (2017) en de NRC (2017). Het openbaar maken van ziekenhuistarieven creëert schijntransparantie omdat patiënten door de bomen het bos niet meer zien, het leidt ook niet tot meer vertrouwen (Grimmelikhuisen, 2012) en belemmert de concurrentie.

Voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars is het vrijwel niet meer mogelijk om te onderhandelen over tarieven die reeds openbaar zijn. Om toch tegemoet te komen aan de roep om transparantie, bakende de Autoriteit Consument & Markt (ACM) in haar *Leidraad transparantie van ziekenhuistarieven* (ACM, 2017) een 'veilige haven' af, waar de ACM geen concurrentierisico ziet. Zorgverzekeraars mogen van de ACM ziekenhuistarieven openbaar maken die onder de grens van het maximale eigen risico zitten. Maar de ACM verplicht zorgverzekeraars niet om die informatie openbaar te maken. Zorgverzekeraars kunnen er ook voor kiezen hun verzekerden op een andere manier te informeren over de verschillende ziekenhuistarieven.

TOT SLOT

Het invoeren van een standaardtarief van 150 euro voor kortdurende ziekenhuisbehandeling en eenvoudig onderzoek zorgt voor een directere en duidelijkere relatie tussen verzekerde/patiënt en zorgverzekeraar, en laat het kostenbewustzijn van de patiënt en de mogelijkheden van ziekenhuizen en zorgverzekeraars om adequaat en scherp over ziekenhuisprijzen te onderhandelen volledig in tact, in tegenstelling tot een situatie waarin ziekenhuistarieven openbaar zouden worden gemaakt.

Deze simpel in te voeren maatregel versterkt de rollen die aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden/patiënten in het zorgstelsel zijn toebedeeld, zonder de solidariteit in het zorgstelsel te ondergraven. Het effect hiervan op de zorgpremie is verwaarloosbaar. Dit voorstel is een kans die het nieuwe kabinet niet mag laten liggen.

LITERATUUR

- ACM (2017) *Leidraad transparantie van ziekenhuistarieven*. 29 september 2017. Autoriteit Consument & Markt.
- CPB (2015) *Zorgkeuzes in kaart*. 31 maart 2015. Centraal Planbureau.
- Consumentenbond (2017) *watkostdezorg.nl*. Te vinden op www.consumentenbond.nl.
- Grimmelikhuisen, S. (2012) *Transparency and trust: an experimental study of online disclosure and trust in government*. Proefschrift te vinden op dspace.library.uu.nl.
- NRC (2016) *Onderzoek naar geheime tarieven*. NRC, 11 november 2016.
- Radar (2017) *Worden ziekenhuis- en verzekeraarstarieven openbaar?* 9 november. Te vinden op radar.avrotros.nl.
- Van Doorne advocaten (2016) *Forfaitair eigen risico voor ziekenhuiszorg*. 8 september 2016, beschikbaar op aanvraag.
- Vektis (2017) *Resultaten relatie eigen risico DBC-systematiek, doorrekening van het voorstel op verzoek van de NVZ*. 31 januari 2017, beschikbaar op aanvraag.

In het kort

- ▶ Het voorstel is om een standaard eigen risico van 150 euro voor kortdurende ziekenhuisbehandeling en eenvoudig onderzoek in te voeren.
- ▶ Een standaard eigen risico creëert, tegen verwaarloosbare kosten, duidelijkheid voor de patiënt en versterkt zo de rollen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.