

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 479

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 oktober 2013

Inleiding

In het Begrotingsakkoord 2013 (VVD, CDA, D66, GroenLinks en ChristenUnie, april 2012) is besloten het verplicht eigen risico te verhogen van € 220 naar € 350. Dat is per 1 januari 2013 ingegaan. In maart jl. heb ik aangekondigd deze maatregel te evalueren. In dit kader laat ik drie onderzoeken uitvoeren¹. Allereerst heb ik een enquête onder verzekerden doen uitvoeren, waarin wordt gevraagd naar mogelijke zorgmijding en de redenen daarvan (financieel en niet-financieel). Daarnaast laat ik een verkenning uitvoeren waarbij Nederland met een aantal andere Westerse landen wordt vergeleken. Deze verkenning richt zich op het verzekerd pakket voor de curatieve zorg en de financiering van dat pakket (waaronder eigen betalingen zoals het eigen risico). Tot slot laat ik een onderzoek doen waarin wordt onderzocht welke conclusies over de invloed van de recente verhoging van het verplicht eigen risico op het zorgverbruik van verzekerden kunnen worden getrokken op basis van de gegevens over de daadwerkelijk verleende zorg.

Uw Kamer heeft gevraagd om nog voor de begrotingsbehandeling een tussenrapportage te ontvangen. Deze ligt voor u, met daarbij de uitkomsten van de enquête². Deze enquête is in de zomer uitgevoerd onder een representatieve steekproef van verzekerden van 18 jaar en ouder. Op verzoek van de Kamer is bij de enquête een klankbordgroep met veldpartijen betrokken. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de Landelijke Huisartsenvereniging, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, GGZ Nederland, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Zorgverzekeraars Nederland.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 474, 26 september 2013.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Ik bedank de leden van de klankbordgroep voor de constructieve bijdrage die zij hebben geleverd.

1. Functie van het verplicht eigen risico

Voor dat ik in deze tussenrapportage reageer op de resultaten van de enquête, wil ik kort mijn opvatting weergeven over het verplicht eigen risico en de functie ervan in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het verplicht eigen risico heeft tot doel het kostenbewustzijn van de verzekerden te vergroten doordat zij bij gebruik van zorg zelf (een deel van) hun zorgkosten betalen en deze kosten niet volledig ten laste van de zorgverzekering komen. Op die wijze draagt het verplicht eigen risico ertoe bij dat verzekerden, voordat zij naar een zorgverlener stappen, nog een keer afwegen of het nodig is. Daarmee kan het onnodig gebruikmaken van zorg worden afgeremd. Overigens is het verplicht eigen risico slechts één van de instrumenten om het kostenbewustzijn bij verzekerden te stimuleren. Voor de aanpak gericht op bevordering van het kostenbewustzijn verwijs ik naar mijn brief ter zake.

Met het verplicht eigen risico dragen de verzekerden, indien zij zorg gebruiken, ook voor een deel eigen verantwoordelijkheid en wordt de collectieve verantwoordelijkheid ontzien. Daardoor worden de collectieve lasten in het kader van de Zvw lager en blijft de nominale premie op een aanvaardbaar niveau. Verzekerden met een laag inkomen krijgen via de zorgtoeslag niet alleen een tegemoetkoming voor de nominale premie, maar ook voor het verplicht eigen risico. Voor de in het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken verhoging van het eigen risico van 2012 op 2013 zijn de laagste inkomens volledig gecompenseerd.

Ik wil benadrukken dat het verplicht eigen risico geen straf is voor mensen die ziek zijn of een aandoening hebben. Het eigen risico is uitdrukkelijk niet als zodanig bedoeld. Ziek zijn is immers geen vrije keuze van mensen. Door het verplicht eigen risico betalen alle verzekerden een deel van hun zorgkosten zelf. Juist omdat (verhoging van) het verplicht eigen risico betrekking heeft op alle Zvw-verzekerden van 18 jaar en ouder, is het ook een relatief solidaire maatregel. Meer solidair dan een pakketmaatregel die een specifieke patiëntengroep zou treffen, die in dat geval 100% van de kosten moeten dragen. Ook gezonde verzekerden met eenmalige zorgkosten, bijvoorbeeld vanwege een gebroken been, krijgen te maken met het verplicht eigen risico.

Voorts wil ik erop wijzen dat om de solidariteit in het zorgsysteem op langere termijn te behouden, het van essentieel belang is dat er onder gezonde verzekerden voldoende draagvlak voor de verzekering blijft bestaan. Eveneens met het oog daarop is het naar mijn mening goed verdedigbaar dat verzekerden die zorg gebruiken en daarmee profijt hebben van de verzekering, ook een deel van de kosten zelf dragen. Dat draagt bij aan het draagvlak voor de solidariteit bij gezonde verzekerden, die weinig of geen zorg gebruiken en eigenlijk vooral premie betalen.

2. Uitkomsten van de enquête

In deze paragraaf ga ik in op de belangrijkste uitkomsten van de enquête.

De recente verhoging van het verplicht eigen risico

De centrale vraag die in de Kamer naar voren is gebracht is of er als gevolg van de recente verhoging van het verplicht eigen risico naar € 350 vaker wordt afgezien van zorg.

In deze enquête geeft 0,5% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder aan zonder deze verhoging van het verplicht eigen risico mogelijk-kerwijs wel naar een zorgverlener te zijn gegaan. De helft hiervan zou dit

waarschijnlijk wel of zeker gedaan hebben, de andere helft misschien. Het antwoord op de gestelde centrale vraag is op basis van deze enquête dat als gevolg van de verhoging van het verplicht eigen risico ca. 0,25% van de bevolking heeft afgezien van zorg waar zij in 2012 waarschijnlijk wel of zeker naar een zorgverlener gegaan zouden zijn. Dit is een klein percentage. Het is ook niet per definitie zo dat het afzien van zorg in deze gevallen kwalijk is.

Afzien van zorg: kwalijk?

Uit het onderzoek blijkt eveneens dat 20,2% van de Nederlandse bevolking in de periode van 2012 tot en met augustus 2013 wel eens heeft afgezien van zorg. Van het deel van de bevolking dat in deze periode een gezondheidsklacht had heeft 27,4% wel eens afgezien van zorg. Ook hier geldt dat het afzien van zorg lang niet altijd ongewenst behoeft te zijn.

Daarom is in de enquête geprobeerd in beeld te brengen in hoeverre het afzien van zorg al dan niet ongewenst is. Om dat in te kunnen schatten is gekeken naar de ontwikkeling van de klacht, de ernst van de klacht en daarnaast of mensen door angst voor de kwaal/de behandeling of gebrek aan vertrouwen in dokters, af hebben gezien van zorg. Dit alles gebaseerd op datgene wat mensen zelf hebben aangegeven. Het afzien van zorg is in deze enquête als «ongewenst» gekwalificeerd als de klachten zonder bezoek aan een zorgverlener zijn verergerd én de verzekerde niet heeft aangegeven dat de klachten niet-ernstig waren. Los van de ontwikkeling en ernst van de klachten zijn eveneens alle gevallen als ongewenst beschouwd waarin iemand heeft afgezien van zorg door angst voor de kwaal c.q. de behandeling of gebrek aan vertrouwen in dokters. Het afzien van zorg is in deze enquête als «gewenst» gekwalificeerd als de klachten zonder bezoek aan een zorgverlener zijn verdwenen of als de klachten door de verzekerde zelf als niet ernstig waren getypeerd³.

Hieruit komt naar voren dat:

- 4% van de bevolking in de onderzochte periode wel eens heeft afgezien van zorg terwijl dat waarschijnlijk eigenlijk niet wenselijk was. Uitgedrukt als percentage van de mensen die in deze periode een gezondheidsklacht hebben gehad gaat het om 5,4%.
- 7,5% van de bevolking wel eens heeft afgezien van zorg waar dat als wenselijk kan worden gekwalificeerd. Uitgedrukt als percentage van de mensen die in deze periode een gezondheidsklacht hebben gehad gaat het om 10,2%.
- Voor 8,7% van de bevolking kan op basis van de geëxpliciteerde criteria niet gezegd worden of het afzien van zorg waarschijnlijk gewenst of waarschijnlijk ongewenst is. Uitgedrukt als percentage van de mensen die in deze periode een gezondheidsklacht hebben gehad gaat het om 11,8%.

Kijkend naar deze resultaten concludeer ik dat – gelukkig – niet iedereen voor elke klacht naar een zorgverlener gaat. De kosten van de zorg zouden dan sterk toenemen. Tegelijkertijd moet ik constateren dat er waarschijnlijk ook sprake is van ongewenst afzien van zorg, zij het in mindere mate dan het wenselijk afzien van zorg. 4% van de bevolking (of 5,4% van de mensen met een klacht) gaat wel eens niet naar een zorgverlener, ook al is de klacht intussen erger geworden, is de klacht (mogelijk) ernstig of gaat niet door angst voor de kwaal/de behandeling of gebrek aan vertrouwen in dokters.

³ Iedereen die aangaf uit angst of gebrek aan vertrouwen niet naar een zorgverlener te zijn gegaan is ongeacht de ernst van de klacht en het verloop van de klacht ingedeeld bij ongewenst afzien van zorg.

Kosten van zorg

Circa 2% van de Nederlandse bevolking heeft waarschijnlijk wel eens ongewenst afgezien van zorg vanwege de (vermeende) kosten. Het gaat dan om de kosten van de zorg, niet specifiek om het verplicht eigen risico. Daarbij is opvallend dat, terwijl in 2013 het verplichte eigen risico is verhoogd, bij het ongewenst afzien van zorg in 2012 méér mensen zeggen dat kosten een rol spelen dan bij het ongewenst afzien van zorg in 2013.

Misvattingen bij verzekerden

In de enquête zijn verschillende redenen onderzocht die – naast de genoemde kosten, angst voor de kwaal/de behandeling of gebrek aan vertrouwen in dokters – eveneens een rol kunnen spelen bij het afzien van zorg. Daarbij valt allereerst op dat er veel misvattingen bestaan over het eigen risico en over de compensatie daarvoor via de zorgtoeslag. Veel mensen weten niet precies wat er onder het eigen risico valt en wat niet. Er wordt vaak een onjuist antwoord gegeven: over het bezoek aan de huisarts geeft 23% niet het juiste antwoord, over het bezoek aan een huisartsenpost wordt het juiste antwoord door 41% niet gegeven en bij medisch specialistische hulp wordt het correcte antwoord door 53% niet gegeven.

Uit de enquête blijkt dat het (kosten)onderscheid tussen een bezoek aan een huisarts en aan een medisch specialist, vallend respectievelijk buiten en binnen het verplicht eigen risico, niet bewust wordt beleefd. Van de mensen die waarschijnlijk ongewenst afzien van zorg en kosten belangrijk vinden, bezoekt de helft de huisarts niet omdat zij denken dat ze voor het bezoek moeten betalen terwijl dat niet zo is. Dat betreft 1,8% van de Nederlandse bevolking.

Daarnaast weet 58% van de mensen die zorgtoeslag ontvangen niet dat de zorgtoeslag per 2013 is verhoogd als compensatie voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Per 1 januari 2013 is het verplicht eigen risico verhoogd en is tegelijkertijd de zorgtoeslag verhoogd. De laagste inkomens worden daarbij zelfs volledig gecompenseerd voor de in het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken verhoging van het eigen risico (€ 115). Het maximumbedrag dat verzekerden met de laagste inkomens hierdoor in 2013 per saldo betalen aan het verplicht eigen risico bedraagt ongeveer € 94. Dit maximumbedrag loopt vervolgens op, naarmate de zorgtoeslag daalt, tot € 350 voor verzekerden met een inkomen vanaf € 30.939 (voor alleenstaanden) of € 42.438 (voor partners).

Voorlichting

Gezien het feit dat er bij verzekerden misvattingen bestaan over het eigen risico en de zorgtoeslag, zal ik hieraan in de komende najaarscampagne extra aandacht besteden.

Ook van andere partijen in de zorg vraag ik extra aandacht voor de voorlichting, zeker daar waar mogelijk ongewenst wordt afgezien van zorg. Ik denk dan onder andere aan zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties. Verzekeraars hebben belang bij het voorkomen van ongewenste zorgmijding, tijdige juiste zorg kan onnodig hoge kosten in de toekomst voorkomen. Ik zie tevens een rol voor huisartsen, niet alleen op het gebied van de voorlichting, maar ook om daar waar mogelijk zelf zorg te verlenen en zo onnodige en (voor de verzekerde en verzekeraar) dure doorverwijzingen naar onder meer medisch specialistische zorg te voorkomen. Het verheugt mij om te zien dat huisartsen in de praktijk naar voordelige alternatieven zoeken bijvoorbeeld door zelf controle afspraken te verzorgen in plaats van daarvoor te verwijzen naar

het ziekenhuis⁴. Daarnaast zie ik in de nabije toekomst een essentiële rol voor de (versterkte) wijkverpleegkundige, die een belangrijke rol kan spelen bij de voorlichting en bij het «de weg wijzen» naar de meest passende zorg en ondersteuning. Ook kunnen zij mensen mogelijk het goede zetje geven daar waar onnodige angst voor de kwaal/de behandeling of gebrek aan vertrouwen in dokters een rol speelt.

De financiële situatie van huishoudens

De effecten van de verhoging van het verplicht eigen risico kunnen, zo blijkt ook uit dit onderzoek, niet los worden gezien van de financiële situatie bij huishoudens in deze tijd van crisis. Driekwart van de geënquêteerden geeft aan absoluut niet te willen bezuinigen op zorg (in welke vorm dan ook, het kan hier ook gaan om zelfzorgmiddelen). Toch wordt in de praktijk ook op zorg bezuinigd. Uit de enquête blijkt dat mensen die ongewenst afzien van zorg meer bezuinigen op zorgkosten dan mensen die niet afzien van zorg. Overigens blijkt wel dat – vergeleken met andere kostenposten – op zorg het minst wordt bezuinigd. Dit geldt ook voor mensen die ongewenst hebben afgezien van zorg.

De huidige economische situatie laat in veel huishoudens sporen na. Daar waar het besteedbare inkomen onder druk staat is in eerste instantie van belang dat de toegang tot essentiële voorzieningen gewaarborgd blijft. Gezondheidszorg is zo'n essentiële voorziening. In ons verzekeringsstelsel, waarin iedereen ongeacht leeftijd, gezondheid of inkomen onder dezelfde voorwaarden een verzekering heeft voor noodzakelijk zorg en lagere inkomens worden gecompenseerd via de zorgtoeslag, is die toegankelijkheid duurzaam gezekeerd.

Niet-financiële motieven

Het afzien van zorg kent een breed spectrum van motieven. In het kader van dit onderzoek is slechts beperkt op mogelijke niet-financiële motieven ingegaan. Ondanks de pre-test van de vragenlijst is het mogelijk dat mensen bij het invullen van de enquête de antwoordcategorieën op verschillende manieren hebben geïnterpreteerd. Bij het invullen waren meerdere antwoorden mogelijk.

Uit het rapport blijkt dat 80% van de mensen pas naar de dokter gaat als hij ernstige klachten ervaart, 76% denkt dat het vanzelf wel over zal gaan en 61% van de mensen geeft aan het probleem zelf te willen oplossen. 21% van de mensen geeft aan dat het voor hem geen zin om naar een dokter te gaan, omdat ze hem toch niet (meer) kunnen helpen. Daarnaast doen 32% van de mensen die hebben afgezien van zorg dat omdat ze geen tijd hebben gehad. En heeft 43% geen zin in de rompslomp van het maken van een afspraak of van een behandeling, waarbij moet worden aangemerkt dat mensen onder rompslomp verschillende dingen kunnen verstaan. Ik vind het belangrijk dat het voor patiënten gemakkelijk is om een afspraak te maken met een zorgverlener. Vooral voor de laagdrempelige vormen van zorg, zoals de huisartsenzorg. Daarom heb ik bijvoorbeeld vorig jaar met de huisartsen afgesproken dat zij meer werk gaan maken van flexibele openingstijden en het maken van online afspraken. Steeds meer aanbieders van huisartsenzorg bieden patiënten de mogelijkheid om online afspraken te maken op het moment dat het de patiënt goed uitkomt of bieden een avondsprekeuur. Mijn verwachting is dat deze trend zich verder gaat uitbreiden bij de huisartsenpraktijken. De LHV stimuleert deze ontwikkeling en biedt huisartsen hierbij ondersteuning.

⁴ Zie het onderzoek onder huisartsen van de LHV en de NOS van 5 juni 2013.

3. Vergelijking met de uitkomsten van de eerdere evaluatie

De uitkomsten van deze enquête zijn in lijn met de eerdere evaluatie van het verplicht eigen risico die ik op 10 juni 2011 aan de Kamer heb gezonden⁵. Uit die evaluatie bleek eveneens dat er waarschijnlijk een remmend effect uitgaat van het verplicht eigen risico, hoewel niet te zeggen was hoe groot dat effect is, kijkend naar de hele bevolking. Ook bleken verzekerden niet altijd even goed op de hoogte zijn van vooral de werkingssfeer van het verplicht eigen risico.

Een econometrische analyse op basis van empirische gegevens op verzekerdeniveau, zoals Ecorys in 2011 heeft uitgevoerd, kan naar zijn aard geen antwoord bieden op de vragen naar de achterliggende redenen waarom verzekerden afzien van zorg en of het afzien van zorg gewenst of ongewenst is. De nu uitgevoerde enquête waarbij verzekerden in de onderzoekspopulatie op dit specifieke punt zijn bevraagd, geeft daarvoor meer aanknopingspunten. De uitkomsten van deze enquête -met hoeveel voorzichtigheid ze ook moeten worden behandeld, het gaat immers om gedrag zoals mensen aangeven het zich te herinneren – bieden in dit opzicht meer inzicht dan tot nog toe beschikbaar is gekomen. De uitkomsten van dit onderzoek zal ik ook betrekken bij het beleid ter vergroting van het kostenbewustzijn van verzekerden. Tegelijkertijd: wat mensen zeggen dat ze doen kan afwijken van wat mensen in werkelijkheid doen. De uitkomsten van een enquête onder verzekerden kunnen daardoor afwijken van het daadwerkelijke zorgverbruik van verzekerden. Om het werkelijke beroep op zorg na de verhoging van het eigen risico per 2013 in beeld te krijgen is een analyse nodig van de empirische gegevens. Om die reden heb ik in mijn brief van 26 september een vervolgonderzoek naar de feitelijke ontwikkelingen in de eerste en de tweede lijn aangekondigd. Daarvoor zijn data nodig over de door zorgverleners gedeclareerde zorg.

4. Tot slot

De uitgevoerde enquête geeft meer inzicht in de overwegingen van verzekerden bij het al dan niet afzien van zorg. Alles op een rij zettende kom ik tot de conclusie dat kosten een rol (kunnen) spelen bij het ongewenst afzien van zorg, waarbij opvalt dat bij het ongewenst afzien van zorg kosten waarschijnlijk een grotere rol spelen in 2012 dan in 2013, ondanks de verhoging van het verplicht eigen risico per 2013. Daarnaast zijn ook niet-financiële redenen van belang en is de financiële situatie in huishoudens van invloed. Tegelijkertijd blijken er veel misvattingen te bestaan over het eigen risico en over de compensatie via de zorgtoeslag, waar ik in de najaarscampagne extra aandacht aan zal besteden. De invloed van de verhoging van het verplicht eigen risico lijkt in dit alles zeer beperkt te zijn. Daarbij moet niet uit het oog worden verloren dat het verplicht eigen risico van invloed is op de hoogte van de Zvw-premies. Een hoger eigen risico betekent lagere Zvw-premies en omgekeerd.

Het aangekondigde onderzoek op basis van gerealiseerde data zal het beeld dat uit de enquête naar voren komt verder completeren. Zonder dat hier iets definitiefs over te zeggen is: op dit moment zijn er op basis van de nog beperkte data bij Vektis geen aanwijzingen dat het bezoek aan de huisarts en het gebruik van geneesmiddelen in 2013 is gedaald. Het wachten is op een meer volledige dataset. U ontvangt in het voorjaar van 2014 een rapportage over het beroep dat verzekerden sinds de verhoging van het eigen risico doen op de eerste lijn. Tevens stuur ik u dan de

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 325.

internationale verkenning over het verzekerd pakket en de financiering van dat pakket, waaronder het eigen risico. Vervolgens ontvangt u in de loop van 2015 de rapportage over het beroep op de tweede lijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers