

Vergaderjaar 2003–2004

27 807

Patiënten/consumentenbeleid

Nr. 24

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 augustus 2004

1. Inleiding

U heeft mij 15 juni jl. gevraagd of ik zou kunnen voldoen aan het verlangen van het geachte lid Kant om met spoed een reactie van de regering te geven op de RVZ-advies «Gepaste Zorg», dat mij 9 juni jl. is aangeboden. Hierbij doe ik u dat standpunt toekomen.

Aan de RVZ was gevraagd in te gaan op prikkels om overconsumptie van zorg tegen te gaan. Hiertoe was een viertal vragen geformuleerd:

1. Of Nederland zich wat zorgconsumptie betreft onderscheidt van andere, cultureel vergelijkbare landen.
2. Hoe in andere landen patiënten en zorgverleners worden uitgedaagd, geprikkeld en/of beloond om onnodige zorgconsumptie tegen te gaan.
3. Welke buitenlandse praktijken bruikbaar zijn in de Nederlandse zorg-context.
4. In te gaan op uitgavenmanagement. Het gaat daarbij om de vraag op welke wijze de kosten voor gezondheidszorg beheerst kunnen worden in een omgeving waarin sprake is van marktgerichte zorg en verzekering en kostenbeheersing niet meer identiek is aan budgettering en aanbodregulering.

Bovenstaande adviesaanvraag is relevant geworden, omdat de afgelopen jaren de kosten van de gezondheidszorg omhoog zijn geschoten. De toegenomen uitgaven wijzen op meerconsumptie en mogelijk zelfs op overconsumptie ten opzichte van het verleden. Overconsumptie moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Ik kies in dat verband voor een aanpak langs twee sporen: betere informatie voor patiënten/consumenten enerzijds en financiële prikkels anderzijds. Ik zal ingaan op de concrete aanbevelingen die de RVZ doet voor beide sporen, waarbij ik rekening houd met eerdere adviezen van de RVZ. Opvallend vind ik overigens dat

het RVZ-advies «Gepaste Zorg» weinig voortbouwt op eerdere RVZ-adviezen én er zelfs op een aantal punten op gespannen voet mee staat.

2. Standpunt

2.1 Algemeen

Op de vraag of Nederland zich wat zorgconsumptie betreft onderscheidt van andere, cultureel vergelijkbare landen, stelt de RVZ dat Nederland wat het gebruik van zorg betreft redelijk gunstig afsteekt ten opzichte van een groot aantal andere westerse landen. Met betrekking tot de zorgquote neemt Nederland een middenpositie in. Ik wil daarbij de volgende kanttekening maken. In de afgelopen jaren zijn in Nederland de zorguitgaven veel sneller gestegen dan in andere landen. Met een vermoedelijke zorgquote van 9,7% in 2004 heeft Nederland zich inmiddels ferm in de Europese voorhoede genesteld.

Op de vraag hoe in andere landen patiënten en zorgverleners worden geprikkeld om onnodige zorgconsumptie tegen te gaan, gaat de RVZ in op zowel financiële als niet-financiële prikkels. De RVZ trekt daarbij de voorzichtige conclusie dat «*niet-financiële prikkels waarschijnlijk effectiever zijn dan financiële prikkels*» bij het bevorderen van gepaste zorg. De reden hiervoor is dat het niet zorgvuldig inzetten van financiële prikkels kan leiden tot onderconsumptie door verzekerden. Overconsumptie is mogelijk als artsen financieel voordeel hebben van een lange/dure behandeling. Financiële prikkels voor verzekerden kunnen wel de doelmatigheid bevorderen, als deze gericht worden ingezet op plaatsen waar verzekerden zelf invloed kunnen uitoefenen om wel of geen zorg te gebruiken.

De aanbevelingen heb ik gelezen als antwoord op zowel de vraag welke buitenlandse praktijken bruikbaar zijn in de Nederlandse zorgcontext, als op de vraag hoe verder te gaan met uitgavenmanagement.

Ik verbind aan de analyse van de RVZ dan ook de conclusie dat een tweesporenbeleid noodzakelijk is, van zowel niet-financiële als financiële prikkels. Het is dan ook nooit mijn beleid geweest om kostenbeheersing uitsluitend via financiële prikkels te bevorderen. Beide sporen zijn noodzakelijk. In paragraaf 2.2 ga ik nader in op de niet-financiële prikkels en in paragraaf 2.3 op de financiële prikkels.

2.2 Betere informatie

Gezondheidsbevordering

De RVZ wijst er in zijn analyse op dat gedrag de meest belangrijke determinant voor gezondheid is. De RVZ doet verschillende aanbevelingen met een niet-financieel karakter om dit gedrag te beïnvloeden. Hij stelt dat het de taak van de overheid is om op dit gebied tot een goede educatie te komen die leidt tot zoveel mogelijk «health literacy» bij burgers. Voorts moet de overheid zorgen voor continue voorlichting en betrouwbare informatieverschaffing over gezondheid en leefwijze. Ik beschouw deze aanbevelingen als een ondersteuning van het beleid dat ik in de nota «Langer gezond leven; ook een kwestie van gezond gedrag» (Tweede Kamer vergaderjaar 2003/2004, 22 894 nr. 20) heb uiteengezet.

Hoe te beslissen al of niet een arts te raadplegen?

De RVZ komt op dit terrein met zowel financiële als niet-financiële aanbevelingen. Op de financiële aanbevelingen kom ik in de volgende paragraaf

terug. De RVZ stelt voor dat de overheid en de zorgverzekeraars ervoor zorgen dat burgers met hun vragen op een website of callcenter terecht kunnen. Potentiële zorgvragers kunnen dan informatie inwinnen over hun hulpvraag, waarmee het onnodige beroep op zorg afneemt.

Ik beschouw deze aanbeveling als een ondersteuning van het door mij ingezette beleid om de versnippering in de informatievoorziening tegen te gaan, door een portalorganisatie te starten die voor alle zorggebruikers toegankelijk is. Deze portalorganisatie zorgt ervoor dat zorggebruikers bij één internetadres, één telefoonnummer en zo mogelijk ook bij fysieke loketten in de buurt, terecht kunnen met hun vragen over de zorg. Hierbij gaat het om vragen over patiëntenrechten, preventie, klachten, ziekten, diagnoses, behandelingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De portalorganisatie biedt niet direct antwoord op de vraag of een zorggebruiker bij bepaalde symptomen al dan niet een arts moet raadplegen. Wel biedt de portalorganisatie betrouwbare informatie die behulpzaam kan zijn bij de keuze die zorggebruikers maken om al dan niet een arts te raadplegen, zoals informatie over symptomen van ziekten. Ik koers erop dat eind 2004 vergelijkende informatie over zorgverzekeraars voor zorggebruikers beschikbaar is. Hierbij gaat het om informatie over prijs/dekking verzekering, service/bereikbaarheid/bejegening, verzekerdentevredenheid en ingekochte zorg. Vanaf 2005 wordt vervolgens – voor zover mogelijk – informatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg toegevoegd en in 2006 wordt de dienstverlening uitgebreid met beantwoording van vragen via een telefoonlijn. Voor het overige verwijs ik naar mijn brief over patiënten/consumentenbeleid «beleidsbrief nota Met zorg kiezen» (Tweede Kamer vergaderjaar 2003/2004, 27 807 nr. 22).

Investeren in richtlijnontwikkeling en het implementeren van richtlijnen

De RVZ constateert grote regionale verschillen en grote interdoktervariatie bij een aantal medische interventies. Hoewel het merendeel van de artsen de bestaande richtlijnen ten aanzien van de geanalyseerde interventies goed volgt, leveren een aantal artsen zorg die bewezen ineffectief is. Daar ligt ruimte voor verbetering. Met initiatieven zoals *Sneller Beter* en het gericht ondersteunen van het kwaliteitsbeleid in de zorg geef ik invulling aan de aanbevelingen van de RVZ om te bevorderen dat de belangrijkste schakel in de keten naar gepaste zorg, namelijk de zorgaanbieder, daadwerkelijk gepaste zorg levert. Ook de stelselherziening en de ruimte die zorgverzekeraars krijgen om gepaste zorg in te kopen, dragen bij aan de lijn die de RVZ voorstaat.

De RVZ beveelt aan om gegevens over de performance van zorgaanbieders en zorgverzekeraars openbaar te maken. Deze informatie ondersteunt burgers bij de onderbouwde keuze van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het RVZ-voorstel onderschrijf ik zeer. Ik heb u dat reeds gemeld per de eerder genoemde brief over het patiënten/consumentenbeleid. Ik heb inmiddels opdracht gegeven om na te gaan hoe een dergelijk overzicht het beste kan worden opgesteld en gepubliceerd.

Ondersteunen van het nakomen van afspraken

De aanbevelingen die de RVZ richt tot de verzekeraars en huisartsen om patiënten te helpen therapietrouw te zijn, lijken me passend in het streven naar meer gepaste zorg. Ik overweeg in het kader van heldere verantwoordelijkheidstoedeling vooralsnog op dit gebied geen nieuw overheidsbeleid.

2.3 Financiële prikkels

2.3.1 Aanbevelingen

Hoe te beslissen al of niet een arts te raadplegen?

Hiervoor ben ik reeds ingegaan op de aanbevelingen van de RVZ over betere informatie voor patiënten/consumenten. Hieronder staat de rol van financiële prikkels centraal. De RVZ stelt voor eigen bijdragen te gaan heffen bij zelfverwijzing. De RVZ noemt hierbij twee praktische voorbeelden. Ten eerste een eigen bijdrage voor verzekerden die zonder verwijzing van een huisarts een medisch specialist consulteren (bijvoorbeeld in geval van spoedeisende hulp). Ten tweede stelt de RVZ voor verzekeraars de mogelijkheid te bieden eigen bijdragen te vragen aan hun verzekerden indien zij zorg betrekken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Ik stel vast dat de RVZ hier pleit voor een gerichte inzet van het instrument van eigen betalingen. Hoewel deze varianten zeker interessant zijn, denk ik dat een no-claimteruggaveregeling voor curatieve zorg toch te verkiezen valt; dit onder meer vanuit het oogpunt van financiële toegankelijkheid (geen liquiditeitsdrempel) en beperking van administratieve lasten.

Uitgavenmanagement

Ten aanzien van uitgavenmanagement is de RVZ nog zeer recent tot de volgende conclusie gekomen: *«Eigen betalingen zijn een instrument voor uitgavenmanagement dat zowel op de korte als op de lange termijn effect heeft.»* De RVZ wijst hierop in *«Exploderende zorguitgaven. Signalement over uitgavenmanagement»* (maart 2003), een signalement dat de RVZ uitbracht ten behoeve van de kabinetsformatie van Balkenende II. De RVZ stelde destijds voor om het totaal aan eigen betalingen in de zorg te verhogen met ruim 3 miljard euro, door ondermeer een eigen risico van € 500 in te voeren.

De RVZ sluit dit signalement af met de volgende conclusie *«Eigen betalingen – conditio sine qua non voor vraagsturing – vergroten de kans op een doelmatiger gebruik via eigen verantwoordelijkheid voor de zorg. Dit creëert een reële vraagzijde en er zal een nieuwe interactie en dynamiek tussen patiënt en hulpverlener kunnen ontstaan. De hulpverlener zal gedwongen worden tot kwaliteit en doelmatigheid. Een vergaande afbouw van de aanbodregulering, inclusief het stimuleren van de ondernemingszin, is een noodzakelijk complement van het lusten voor lasten-scenario: meer verantwoordelijkheid bij de consument, meer vrijheid bij de producent. Die tweeslag en die herverdeling van rollen ziet de Raad als de enige vruchtbare aanpak van het uitgavenmanagement»*.

Deze passage maakt duidelijk dat meer en nieuwe verantwoordelijkheden voor de burger een absolute vereiste zijn voor de gewenste vraagsturing in de zorg. Dit kan op de manier zoals de RVZ in het signalement voorstaat, namelijk door het invoeren van een eigen risico van € 500. Zelf heb ik gekozen voor een mildere variant, namelijk het invoeren van een no-claimteruggaveregeling van € 250.

Ik zou het hebben gewaardeerd als de RVZ in zijn rapport *«Gepaste Zorg»* meer ingegaan was op intelligente en creatieve manieren van uitgavenmanagement, zoals in het uitgebrachte signalement, waarin de RVZ ondermeer schrijft: *«Op dit moment zijn er nog nauwelijks landen met systemen waarin het spaarmotief een belangrijke rol speelt bij de financiering van de zorg. Uitzonderingen zijn Singapore en Zuid-Afrika»*. Ik laat momenteel inventariseren of het gebruik van het «spaarmotief» in de

Nederlandse situatie ook een ondersteuning kan vormen voor het beleid van meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger. In Singapore gaan zeer hoge eigen betalingen gepaard met een zeer lage zorgquote (3,7% in 2002), zodat de burgers aldaar lage collectieve kosten dragen voor een hoogstaande gezondheidszorg.

2.3.2 Effecten van financiële prikkels als eigen betalingen en de no-claimteruggaveregeling

De RVZ brengt in zijn rapportage «Exploderende Zorguitgaven» de gevolgen van het invoeren van eigen bijdragen en/of eigen risico in beeld. Tabel 1 geeft deze gevolgen weer. Ter vergelijking heb ik de effecten van de no-claimteruggaveregeling toegevoegd.

Allereerst valt op dat de RVZ zowel voor eigen bijdragen als voor een eigen risico een positief (remmend) effect verwacht op de uitgaven; dit zowel op de korte als de lange termijn. Tevens verwacht de RVZ een positief effect van die instrumenten op het gedrag van alle partijen in de zorg: burger, aanbieder en verzekeraar. Dat zijn voor mij belangrijke conclusies. Dit geldt ook voor de conclusie van de RVZ dat eigen betalingen en eigen risico negatieve effecten voor de burger hebben. De RVZ wijst op een ongewenst effect op inkomens- en risicosolidariteit. Mede om die reden heb ik besloten te kiezen voor de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet.

In de memorie van toelichting op het wetsvoorstel is dit kort en krachtig weergegeven. «*De no-claimteruggaveregeling vermijdt de liquiditeitsdrempel die het eigen risico met zich meebrengt en geeft positieve in plaats van negatieve prikkels*». Het belangrijkste solidariteitsargument is echter dat de no-claimteruggaveregeling bijdraagt aan de houdbaarheid van een goede gezondheidszorg op lange termijn voor alle Nederlanders, ongeacht hun inkomen of gezondheidssituatie. Daarmee garanderen we anno 2004 de solidariteit met gebruikers van zorg in de toekomst. De solidariteit met de huidige gebruikers – met name chronisch zieken – is gegarandeerd via het hanteren van minimale toegangsdrempels en diverse inkomenscompensatieregelingen (o.a. verzilveringsregeling).

Ook ten aanzien van de uitvoerbaarheid scoort een no-claimteruggaveregeling beter. Deze leidt immers tot minder administratieve lasten dan een eigen bijdrage of eigen risicoregeling.

Tabel 1: Effecten maatregelen op uitgaven en gedrag

	Eigen bijdragen	Eigen risico	No-claim teruggaveregeling ¹
Effect uitgaven korte termijn	++	+	+
Effect uitgaven lange termijn	++	+	+
EU-bestendigheid	0	0	0/+
Gevolgen burger	–	–	–/+
Uitvoerbaarheid en hardheid. +	+	+	++
Effect zorgconsumptie patiënt*	++	+	+
Effect doelmatigheid aanbieder*	+	0	0
Effect zorginkoopgedrag verzekeraar*	++	+	+

Bron: RVZ (i) Bewerking Ministerie van VWS

* Een plusteken in deze kolom staat voor minder consumptie.

De RVZ schrijft in zijn rapport «Gepaste Zorg» over de niet-financiële en de financiële prikkels: «*Uit de analyse van de ingezette prikkels kan niet geconcludeerd worden dat er prikkels zijn die bewezen effectief zijn om gepast gebruik te bevorderen*». Tot deze conclusie komt het RVZ op basis van literatuuronderzoek. Deze conclusie is mijn inziens niet overtuigend, omdat blijkt dat financiële prikkels wel degelijk een gedragseffect teweeg

brengen. In sommige gevallen is het echter zo dat dit gedragseffect (deels) teniet wordt gedaan, doordat artsen anders gaan voorschrijven (bijv. meer handelingen per bezoek). Dit betekent mijn inziens dat we lessen uit het verleden ter harte moeten nemen, en financiële prikkels op een slimme en effectieve manier moeten inzetten. Recente ontwikkelingen in Duitsland en Nederland laten zien dat eigen betalingen wel degelijk de overconsumptie verminderen. Zo hebben nieuwe eigen bijdragen in Duitsland ertoe geleid dat de uitgaven voor medicijnen en (huis)artsen het eerste kwartaal respectievelijk 12 en 10 procent minder waren dan een jaar eerder. Overigens kennen naast Duitsland ook andere landen een actief gebruik van eigen bijdragen. In Nederland hebben na de verhoging van de eigen bijdrage in de AWBZ circa 15 000 gebruikers (3,6% van alle cliënten) de thuiszorg opgezegd. De opzeggingen hebben voornamelijk betrekking op enkelvoudige huishoudelijke verzorging. In veel van de gevallen ging het om relatief jonge cliënten/minder bejaarden met een partner. Deze categorie doet na het opzeggen veelal een beroep op mantelzorg, particuliere zorg of redt zich zelf.

Bij eigen bijdragen en eigen risico's is er sprake van een negatieve prikkel. Bij de no-claimteruggaveregeling wordt overconsumptie enigszins geremd vanwege de ingebouwde *positieve* prikkel. Het zet gebruikers van zorg aan tot het nadenken over het gebruik van zorg. Anders dan bij een eigen bijdrage of een eigen risico vormt onderconsumptie geen reëel risico bij de no-claimteruggaaf. Deze regeling legt immers geen enkele financiële verplichting op aan de patiënt bij het raadplegen van een (huis-) arts.

Het CPB heeft het effect van de no-claimteruggaaf op de zorgvraag geraamd en komt daarbij tot het substantiële bedrag van 0,2 mrd euro op de korte termijn. De verwachting is dat dit bedrag in de loop van de tijd zal toenemen. Bij dergelijke ramingen baseert het CPB zich op het Zorgmodel, waarin wetenschappelijke inzichten op het gebied van eigen betalingen zijn verwerkt (zie hiervoor Ramingsmodel Zorgsector. Eindrapport tweede fase van het CPB in samenwerking met SCP)¹.

Door mijn keuze voor de no-claimteruggaveregeling daalt de groei van de zorguitgaven niet zo sterk als op het moment dat burgers direct moeten afrekenen. De geraamde afname van de groei van de zorguitgaven bedraagt circa 200 miljoen euro. Dat betekent in het licht van de huidige begrotingsstanden dat er 200 miljoen euro minder hoeft te worden bezuinigd binnen de zorg.

2.3.3 De no-claimteruggaveregeling, eigen bijdragen en de huisarts

De RVZ stelt dat eigen bijdragen vooral het kostenbewustzijn versterken op plaatsen waar verzekerden zelf invloed hebben. Het gaat dan om minder ernstige klachten die in principe in eerste instantie door de huisarts worden behandeld. De opvatting van het kabinet is dat verhoging van het kostenbewustzijn bij burgers een cruciale schakel is in vernieuwing van het zorgsysteem, dit laatste met als primair doel de houdbaarheid op lange termijn.

Deze redenering volgend kan de conclusie niet anders zijn dan dat in een effectieve no-claimteruggaveregeling de huisarts niet mag ontbreken. Daar zijn nog enkele redenen aan toe te voegen.

Ten eerste blijkt uit de RVZ-rapport dat maar liefst 4% van de Nederlanders zich ervan bewust is dat zij onnodig gebruik maken van huisartsenzorg. Dit is gelijk aan 3 miljoen contacten met de huisarts op jaarbasis. Hierdoor ontstaat oneigenlijke werkdruk bij de huisarts, waardoor deze minder aandacht kan schenken aan die patiënten, voor wie een beroep op

¹ Vliet, R.C.J.A. van (1998), Schatting verzekeringseffecten op basis van de CBS Gezondheidsenquête ten behoeve van Ramingsmodel Zorgsector, Erasmus Universiteit Rotterdam Vliet, R.C.J.A. van en H.G. van der Burg (1996), Verdelingsfuncties voor kosten van zorgvoorzieningen, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

de huisarts wel noodzakelijk is. Het aantal van 3 miljoen contacten is waarschijnlijk nog een onderschatting, daar huisartsen volgens het RVZ-rapport zelf hebben aangegeven dat 14% van de zorgvraag waar zij mee te maken krijgen onnodig is.

Ten tweede is het gebruik van de huisarts het meest evenwichtig over de verschillende bevolkingsgroepen verspreid. Het niet meenemen van de huisarts leidt zodoende tot een financieel zwaardere belasting van de veelgebruikers van zorg. Ik wil dit voorkomen.

Ten derde leidt het uitzonderen van de huisarts tot een budgettaire derving en minder kostenbewustzijn bij burgers. De budgettaire derving zal elders gedekt moeten worden in de gezondheidszorg.

3. Conclusie

Het RVZ-advies «Gepaste Zorg» had als doel een bijdrage te leveren aan de discussie over het belang van (financiële) prikkels in de zorg. Ik stel vast dat «Gepaste Zorg» weinig voortbouwt op eerdere RVZ-adviezen én er zelfs op een aantal punten op gespannen voet mee staat. In eerdere adviezen wordt actief gepleit voor de invoering van eigen betalingen in de zorg. Dit vanuit het oogpunt van financiële opbrengst maar ook van gedragseffect op burgers, aanbieders en verzekeraars.

De RVZ is kritisch op de solidariteitseffecten van eigen betalingen. Ik ben van mening dat via de invoering van een no-claimteruggaveregeling de toegankelijkheid van de zorg voor alle burgers gewaarborgd blijft. Tevens zal deze regeling een positief effect hebben op de betaalbaarheid van de zorg en zal het bijdragen aan het kostenbewustzijn van burgers. Ten slotte sterkt het RVZ-advies mij in de overtuiging dat het uitbouwen van financiële prikkels goed aansluit bij internationale ontwikkelingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst