

Vergaderjaar 2004–2005

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 13

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 augustus 2005

Met uw brief van 9 juni 2005 heeft u mijn reactie gevraagd op het onderzoek dat twee instituten verbonden aan de Universiteit van Tilburg in opdracht van de Geassocieerde Pers Dienst (GPD) en Achmea zorgverzekeraar hebben uitgevoerd. In de GPD-bladen van 4 juni jl. is aandacht besteed aan dit onderzoek en dan in het bijzonder aan de uitkomst dat een deel van de bevolking zou afzien van het gebruik van zorg omdat dat deel van de bevolking de kosten te hoog zou vinden.

Dit onderzoek is een vervolg op een eerder oriënterend onderzoek dat vorig jaar is uitgevoerd en dat aanleiding was voor het spoeddebat dat ik op 15 september 2004 met uw Kamer heb gevoerd.

De eindversie van dit rapport heb pas enige tijd na publicatie van de GPD ontvangen. Dat heeft er mede toe geleid dat ik nu pas reageer op het verzoek van de Kamer.

Navolgend reageer ik op een aantal onderdelen van dit onderzoek.

Representativiteit

Het rapport is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. De onderzoekers geven dit in hun rapport zelf ook aan. Zo is van de respondenten een groter deel particulier verzekerd, ervaart een groter deel van hen de eigen gezondheid slechter en gebruiken de respondenten meer (soorten) zorg dan gemiddeld in de Nederlandse bevolking. In de groep respondenten is de leeftijdsgroep van 46 tot 65 jaar oververtegenwoordigd, terwijl de leeftijdsgroep van 18 tot 45 jaar is ondervertegenwoordigd. Ook zijn onder de groep respondenten meer mensen met een hoge opleiding vertegenwoordigd en minder met een lage opleiding.

Bovendien maakten bij dit onderzoek de lezers van de GPD-bladen zelf uit of ze de vragenlijst invulden of niet. Hierdoor kan het voorkomen dat mensen met negatieve ervaringen of zij die het niet eens zijn met het

overheidsbeleid, meer geneigd zijn geweest de vragenlijst in te vullen en dus oververtegenwoordigd zijn onder de respondenten.

Zoals de onderzoekers zelf ook aantekenen, heeft dit tot gevolg dat de groep respondenten op diverse aspecten niet representatief is voor de bevolking. Daarom hoeft hun mening ook niet representatief te zijn voor de bevolking als geheel.

Gelet op deze kanttekeningen bij de representativiteit van de groep respondenten, heb ik mijn twijfels over de waarde die aan dit onderzoek en de uitkomsten daarvan gehecht kan worden.

Financiële solidariteit

Van de respondenten in dit onderzoek is ongeveer de helft bereid meer premie te betalen om de solidariteit in de ziektekostenverzekering in stand te laten. Bijna 40% van de respondenten is hier niet toe bereid. Zoals de onderzoekers zelf ook opmerken dient hierbij in ogenschouw te worden genomen dat de respondenten relatief meer gebruik maken van zorg dan gemiddeld. Dit verklaart wellicht dat de respondenten bereidwilliger dan de gemiddelde Nederlander zijn om een hogere premie te betalen. Deze bereidheid van de respondenten om een hogere premie te betalen, lijkt echter weer niet overeen te stemmen met de zorgen die dezelfde respondenten hebben over een aanzienlijke stijging van de premie in de toekomst. Bijna alle respondenten (94%) maken zich zorgen dat de premie van hun ziektekostenverzekering de komende jaren (veel) gaat stijgen. Wat de waarde van dit onderzoek ook is, deze – naar het lijkt tegenstrijdige – uitkomsten sterken mij wel in mijn opvatting dat maatregelen gericht op het voorkomen van onnodige kostenstijging en op het voorkomen van ondoordacht zorggebruik noodzakelijk zijn en blijven. Ik wijs er in dit verband ook op dat de pakketmaatregelen en de maatregelen op het terrein van de eigen betalingen juist tot doel had gepast gebruik te bevorderen. Als het onderhavige onderzoek aangetoond zou hebben dat deze maatregelen eraan hebben bijgedragen dat de burger bewuster nadenkt over de vraag of zorg voor hem echt nodig is, dan zou dit onderzoek laten zien dat mijn beleid geslaagd is. Echter, het onderzoek is onvoldoende representatief om daaruit dergelijke conclusies te trekken. Voor een conclusie over de effecten van de pakketmaatregelen en de maatregelen op het terrein van de eigen betalingen biedt dit onderzoek onvoldoende aangrijpingspunten. Daar komt nog bij dat het GPD-onderzoek niet duidelijk in gaat op de vraag of de zorg die burgers blijkbaar minder gebruiken, ook in de visie van respondenten behoort tot de absoluut noodzakelijke zorg. Bij mijn afweging is in elk geval de vraag of de behandeling strikt medisch gezien noodzakelijk is, uitgangspunt geweest. Wel is daaruit duidelijk geworden dat het belangrijk is te zorgen voor een goede voorlichting over de veranderingen per 1 januari 2006 als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag.

Geen of minder gebruik van zorg

In de berichtgeving over het onderzoek is de meeste aandacht besteed aan de uitkomsten dat mensen niet meer of minder van zorg gebruik hebben gemaakt dan voorheen.

84% van de respondenten heeft in het afgelopen jaar niet afgezien van gebruik van de gezondheidszorg omdat de kosten te hoog waren. Dat betekent dat 16% van de respondenten zegt soms tot vaak te hebben afgezien van zorg.

De onderzoekers plaatsen deze uitkomsten zelf al in het perspectief van de tekortkomingen op het punt van de representativiteit van de onderzochte populatie. Zij tekenen aan dat hierbij in ogenschouw dient te worden genomen dat mensen met negatieve ervaringen oververtegenwoordigd

kunnen zijn onder respondenten. Ook is het zorggebruik van de respondenten hoger dan het zorggebruik van de gemiddelde Nederlander en is de door respondenten ervaren gezondheid lager.

Van de diensten waar de respondenten het afgelopen jaar minder of geen gebruik hebben gemaakt, springen vier diensten in het oog.

– *tandheelkundige zorg*

Van de respondenten die van zorg hebben afgezien, heeft ongeveer de helft minder gebruik gemaakt van de tandarts. Dit betreft 11% van alle respondenten.

Zo geeft 14% van de respondenten die ziekenfondsverzekerd zijn aan niet meer voor controle naar de tandarts te gaan, nu de periodieke controle voor volwassenen niet langer door de ziekenfondsverzekering wordt vergoed. Tweederde van de ziekenfondsverzekerden gaat net als voorheen op controle en 10% van deze verzekerden wist niet van deze pakketmaatregel.

Ik wijs in dit verband op mijn brief van 2 juni 2005 aan de Kamer over het signalement mondzorg 2004 (Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, nr. 174). Zoals ik in die brief heb aangegeven, blijft het percentage ziekenfondsverzekerden dat zich aanvullend voor tandheelkundige hulp heeft verzekerd, stabiel. De periodieke controle maakt standaard deel uit van alle aangeboden (aanvullende) pakketten. Ondanks het hoge percentage ziekenfondsverzekerden dat zich aanvullend heeft verzekerd voor tandheelkundige hulp, treedt een lichte daling van het tandartsbezoek op. Omdat dit ook optreedt bij particuliere patiënten lijkt het eerder op een autonome trend dan een gevolg van de – sinds 1995 genomen – pakketwijzigingen.

– *geneesmiddelen*

Ongeveer 36% van de respondenten die van zorg hebben afgezien, heeft minder gebruik gemaakt van voorgeschreven geneesmiddelen. Het gaat hier om 8% van alle respondenten van dit onderzoek.

Uit het onderzoek valt niet op te maken waarom respondenten afzien van geneesmiddelen. In een aan dit onderzoek gewijd artikel van een van de in de GPD verenigde regionale kranten wordt aangegeven dat de oorzaak daarvan zou zijn gelegen in het feit dat verzekerden moeten bijbetalen voor een merkgeneesmiddel indien daarvoor een goedkoper alternatief beschikbaar is. De bijbetaling is uiteraard alleen aan de orde als de verzekerde dat duurdere middel wenst. Vanwege die bijbetaling zouden zij vervolgens geheel afzien van het geneesmiddel. Naar aanleiding hiervan merk ik op dat het onderzoek zelf voor deze conclusie geen handvat biedt. In elk geval is er in deze maatregel geen reden te vinden om volledig af te zien van een geneesmiddel.

In dergelijke gevallen kunnen de betreffende verzekerden hun behandelend arts immers verzoeken het goedkopere en gelijkwaardige alternatieve middel voor te schrijven.

Deze maatregel die er toe leidt dat een duurder merkgeneesmiddel wordt vervangen door een goedkoper en in therapeutisch opzicht gelijkwaardig alternatief, is overigens een essentieel onderdeel van het beleid om de kostenontwikkeling van de geneesmiddelenvoorziening te beheersen. Omdat – zoals hiervoor gezegd – uit het onderzoeksrapport niet is op te maken waarom respondenten afzien van het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen, reageer ik voor het overige niet op deze uitkomst.

– *fysiotherapie*

Ongeveer 27% van de respondenten die van zorg hebben afgezien, heeft minder gebruik gemaakt van fysiotherapie. Dit betreft 7% van alle respondenten.

Naar aanleiding van deze uitkomst verwijs ik naar mijn brief van 11 juni 2004 aan de Tweede Kamer over aanvullende ziektekostenverzekeringen (Z/VU-2489499). In die brief heb ik vermeld dat bijna alle ziekenfondsverzekerden die zich voor 1 januari 2004 aanvullend hadden verzekerd voor de kosten van fysiotherapie, die aanvullende verzekering na 1 januari 2004 hadden gehandhaafd. In de aanvullende verzekeringen was de dekking voor fysiotherapie uitgebreid, waardoor de per 1 januari 2004 doorgevoerde pakketmaatregel op het terrein van de fysiotherapie was gerepareerd. Een beperkt aantal mensen heeft de afweging gemaakt zich niet aanvullend te verzekeren. Ik ga er vanuit dat deze in het algemeen de afweging hebben gemaakt dat zij deze kosten in een voorkomend geval zelf kunnen dragen. Wellicht maken zij ook de afweging over de noodzaak van behandelingen op dit terrein anders. In dat geval maken zij dus bewust minder gebruik van fysiotherapie omdat ook in hun ogen niet altijd sprake is van de noodzaak die behandelingen te ondergaan. Gelet op het hoge percentage verzekerden dat via de aanvullende verzekeringen met ingang van 1 januari 2004 dekking heeft voor fysiotherapie en ook voor de per die datum doorgevoerde pakketmaatregel, begrijp ik niet dat een dergelijk groot deel van de respondenten van dit onderzoek minder of geen gebruik maakt van fysiotherapie. Immers, daardoor stemt in de vergoedings sfeer de situatie overeen met die voordat de maatregel was getroffen. Wellicht wordt dit verklaard door de tekortkomingen op het punt van de representativiteit van de respondentenpopulatie.

– *huisartsenzorg*

Van de respondenten die vanwege de kosten van zorg hebben afgezien, heeft 28% minder gebruik gemaakt van huisartsenzorg. Dit is ongeveer 6% van alle respondenten van het onderzoek.

Deze uitkomst verbaast mij in hoge mate, omdat er geen enkele maatregel is genomen die direct of indirect het gebruik van huisartsenzorg beoogt te beperken. Zo valt de huisartsenzorg bijvoorbeeld niet onder de werking van de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet. Deze afname in het gebruik van huisartsenzorg kan ik voor ziekenfondsverzekerden niet verklaren.

Voor particulier verzekerden kan de huisarts wel onder het eigen risico vallen. Voor SPP-polishouders is dit zelfs een verplicht eigen risico. Denkbaar is dat verzekerden kostenstijgingen bij andere verstrekkingen dekken door minder vaak naar de huisarts te gaan. Of die overweging op de een of andere wijze heeft meegespeeld, is niet onderzocht.

No-claimteruggaveregeling

Op 12 april 2005 heb ik de Eerste en de Tweede Kamer het opgestelde evaluatiekader toegezonden (Kamerstukken II, 2004/05, 30 124, nr. 30). Met behulp daarvan zal een gedegen evaluatie plaatsvinden van de no-claimteruggaveregeling. Ik wil daar in dit kader graag naar verwijzen. Ik acht het niet zinvol om op basis van dit onderzoek op de toegezegde evaluatie vooruit te lopen.

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