

Vergaderjaar 2006–2007

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 128

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 januari 2007

In deze brief geef ik op uw verzoek (06-VWS-B-088) mijn reactie op de KNMG-monitor Zorgverzekeringswet (Zvw), waarin wordt aangegeven dat patiënten om financiële redenen afzien van zorg.

De monitor geeft de uitkomsten van een vragenlijst die de KNMG heeft verzonden naar de leden in een aantal districten van die organisatie. De monitor is vijf maanden na de inwerkingtreding van de Zvw (op 1 januari 2006) uitgevoerd, en beslaat de ervaringen van de responderende KNMG-leden (20%) in die districten over de periode januari–mei 2006. De KNMG overweegt een follow-up van de monitor.

Ik waardeer het initiatief van de KNMG om deze monitor uit te voeren, en heb met belangstelling kennis genomen van de resultaten, omdat die een signaal geven over de ervaringen van zorgverleners in de onderzochte periode. Gelet op onder meer de (lage) respons, de onderzochte periode, de soms lage aantallen zorgverleners die een bepaalde ervaring hebben, en het soms globale karakter van de gegevens, kunnen aan de onderzoeksresultaten echter geen algemene conclusies worden verbonden. Tevens zijn voor veel van de in het onderzoek gestelde vragen geen vergelijkende gegevens beschikbaar uit de periode vóór de invoering van de Zvw.

Ook afgezien daarvan, geven de onderzoeksresultaten mij geen aanleiding om maatregelen te overwegen. Ter toelichting daarop het volgende.

De belangrijkste punten uit de monitor die zich voor een commentaar lenen, zijn de (financiering van de) zorg aan onverzekerden en het om financiële redenen afzien van zorg door patiënten.

Wat betreft de (financiering van de) zorg aan onverzekerden (in het bijzonder illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen), en het pleidooi van de KNMG voor de instelling van een waarborgfonds, verwijs ik naar mijn brief van 18 december 2006¹ waarin mijn voornemens zijn

¹ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 126.

vermeld tot stroomlijning van bestaande financieringsregelingen. Ik heb daarop thans geen aanvullende mededelingen te doen. Daarnaast is bij de presentatie van de monitor veel aandacht besteed aan de ervaring van een deel van de responderende zorgverleners dat patiënten om financiële redenen afzien van zorg. Dat, zoals op de website van de KNMG is vermeld, patiënten zich «veelal niet ... (laten) ... doorverwijzen uit angst voor de kosten», wordt in de monitor overigens niet gesteld, noch geschraagd.

Uit de monitor blijkt dat 26% van de respondenten heeft aangegeven een of meer patiënten te hebben die zich niet laten doorverwijzen om financiële redenen, zoals de no-claim, het eigen risico of een eigen bijdrage. Het lijkt alsof financiële redenen door een kleine groep patiënten soms wordt meegenomen in de afweging of een doorverwijzing nodig is.

Ik vind het in principe geen slechte zaak dat verzekerden een doorverwijzing naar een medisch specialist of een andere zorgverlener nog eens afwegen. Dat ook financiële redenen in die afweging een rol kunnen spelen, acht ik wenselijk. Deze uitkomsten geven enige aanwijzing dat door de financiële verantwoordelijkheid voor een klein deel bij verzekerden te leggen – zoals met de invoering van de no-claimteruggave-regeling in de Ziekenfondswet (Zfw) is gebeurd –, een deel van de verzekerden voor zichzelf nog eens nagaat of het zorggebruik echt noodzakelijk is. Dit prudentere gebruik van zorg is een beoogd effect van het kabinetsbeleid.

Overigens valt op dat de weergave over dit aspect in deze monitor, met name in 3.1 Beschouwing, aanmerkelijk terughoudender is dan bij de presentatie ervan. Zo wordt er in de Aanbevelingen (3.2) in het geheel niet meer op ingegaan. Daaruit maak ik op dat de KNMG deze uitkomsten niet als verrassend en zeker niet als verontrustend beoordeelt.

Meer inhoudelijk ingaand op deze uitkomsten merk ik op dat de monitor geen vergelijking biedt met de situatie voordat de Zvw in werking was getreden. Om die reden is het niet duidelijk of door de invoering van de Zvw verandering is opgetreden in de omvang van de groep patiënten die zich om financiële redenen niet laten doorverwijzen.

De no-claimteruggaaf in de Zvw is identiek aan de regeling die in 2005 in de Zfw gold. Ook de eigen bijdragen die tot 1 januari 2006 in het kader van de Ziekenfondswet (Zfw) golden, zijn in de Zvw onverkort overgenomen. Deze beide vormen van (verplichte) eigen betalingen wijken in de Zvw niet af van de voor 2006 bestaande situatie onder het Zfw-regime. Naar mijn mening kan de invoering van de Zvw daarom ook niet als oorzaak opgevoerd worden voor deze uitkomst van de KNMG-monitor.

In de evaluatie van de no-claimteruggaaf in de Zfw, die ik op 16 juni 2006 aan uw Kamer heb gezonden (Kamerstukken II, 2005/06, 29 483, nr. 27) is ook ingegaan op het mogelijke no-claimeffect bij het doorverwijzen van huisartsen. De uitkomsten van deze KNMG-monitor geven mij geen aanleiding tot aanvullende mededelingen.

Over het eigen risico in de Zvw merk ik op dat dit een vrijwillig eigen risico is. De verzekerde is dus vrij om al dan niet te kiezen voor een eigen risico. In 2006 heeft blijkens de NZa-monitor slechts 5% van de verzekerden gekozen voor een eigen risico op de zorgverzekering. Het lijkt mij onwaarschijnlijk dat verzekerden die hebben gekozen voor een eigen risico, afzien van zorg die zij behoeven. Wanneer een verzekerde, met het oog op de verwezenlijking van het eigen risico, ervoor kiest (nog) niet naar een zorgverlener te gaan, zal daaraan behalve een weging van de financiële gevolgen ook de ernst en urgentie van de zorgvraag ten grondslag liggen. Ik beschouw dat eerder als een beoogd doel van een polis met een eigen risico (dat op grond van de Zvw maximaal € 500 per kalenderjaar kan bedragen), en zie daarin geen probleem.

Alles overziend biedt de monitor mijns inziens geen nieuwe inzichten die tot nadere maatregelen aanleiding geven.

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