

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 533

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2014

1. Aanleiding

In het Begrotingsakkoord 2013 is besloten het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) met ingang van 2013 met € 115 te verhogen van € 220 naar € 335. Door de jaarlijkse indexatie van het bedrag van het verplicht eigen risico is deze per 1 januari 2013 op € 350 uitgekomen. Gelijktijdig is voor de laagste inkomens de zorgtoeslag met hetzelfde bedrag als de beleidsmatige verhoging met € 115 verhoogd. In het kader van de evaluatie van de maatregel is een aantal onderzoeken verricht, waarover ik u in deze brief informeer. In de loop van 2015 zal ik u tevens een rapportage doen toekomen over de effecten van het beroep op zorg in de tweede lijn. Omdat de inzichten over de tweedelijnszorg nog ontbreken, kunnen slechts in beperkte mate conclusies worden getrokken over de mate van zorgmijding.

Op 25 oktober 2013 heb ik een tussenrapportage gestuurd met de uitkomsten van een enquête door Intomart GfK onder verzekerden¹. Daarbij heb ik u gemeld de resultaten te sturen van onderzoek naar het feitelijk zorggebruik in de eerste lijn en de uitkomsten van een internationale verkenning van het verzekerd pakket en de financiering daarvan, waaronder het eigen risico. Aan die toezegging geef ik hierbij gehoor. Daarnaast heb ik de NZa gevraagd onderzoek te doen onder zorgverzekeraars naar mogelijkheden voor gespreid betalen (betalingsregelingen) voor het verplicht eigen risico en of zij het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, dit laatste op basis van artikel 21, derde lid, van de Zvw. Ook dit onderzoek is bijgevoegd.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 479

2. Feitelijk zorggebruik in de eerste lijn in 2012 en 2013

In aanvulling op de reeds aan u toegezonden enquête heeft Vektis een analyse verricht van het feitelijke zorggebruik in de eerste lijn voor de jaren 2012 en 2013. Dit op basis van de beschikbare gegevens van de bij zorgverzekeraars gedeclareerde zorg. Vektis maakt in de analyse een onderscheid naar hoofdprestaties in de eerstelijnszorg, subprestaties in de huisartsenzorg en kenmerken van verzekerden.

Ten aanzien van de hoofdprestaties in de eerstelijnszorg signaleert Vektis het volgende:

- Uit de analyse van de hoofdprestaties in de eerste lijn komt geen eenduidig beeld naar voren. Er zijn zowel stijgingen als dalingen zichtbaar bij de totale kosten per prestatie, bij het aantal declarerende verzekerden en bij de kosten per (declarerende) verzekerde.
- Gelet op de diverse factoren die een rol kunnen spelen is volgens Vektis niet te bepalen in hoeverre de gesignaleerde cijferontwikkelingen ook significant zijn.
- Het aantal declarerende verzekerden in 2013 ten opzichte van 2012 nam voor sommige zorg toe, en voor andere zorg af. Het aantal declarerende verzekerden neemt af voor farmacie, eerstelijns GGZ, verloskunde en kraamzorg. Daarbij geldt dat in 2013 het aantal geboorten met 3% is gedaald ten opzichte van 2012. Een toename is zichtbaar bij paramedische zorg, mondzorg, hulpmiddelen en ziekenvervoer. Het aantal declarerende verzekerden bij de huisarts is toegenomen, het gaat hierbij ook om verzekerden die ingeschreven staan bij een huisarts maar het betreffende jaar (2012 of 2013) geen gebruik van huisartsenzorg hebben gemaakt.
- De kosten per declarerende verzekerde namen af bij farmacie (-7%), hulpmiddelen en (in mindere mate) bij mondzorg en paramedische zorg. De kosten per declarerende verzekerde namen toe bij ziekenvervoer (+10%), eerstelijns GGZ en (in mindere mate) bij huisartsenzorg en kraamzorg. Overall namen de kosten in de eerstelijnszorg in 2013 per declarerende verzekerde af met 2,5%.

Vektis merkt op dat naast de verhoging van het verplicht eigen risico, ook andere beleidsmaatregelen (zoals wijziging inkoopbeleid en wijziging basispakket) en demografische ontwikkelingen (zoals de daling van het aantal geboorten) van invloed kunnen zijn op de gesignaleerde ontwikkelingen in het zorggebruik in de eerste lijn.

Vektis heeft voorts gekeken naar het gebruik van (subprestaties) van de huisartsenzorg. Uit de rapportage² blijkt dat:

- Het aantal verzekerden dat consulten en avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW) declareert in lichte mate afneemt. Vektis tekent hierbij aan dat, doordat het verschil klein is en dat nog niet alle declaraties verwerkt zijn, hier geen harde conclusies aan kunnen worden verbonden.
- De kosten per declarerende verzekerde daalden bij de consulten. Een lichte stijging vond plaats bij de ANW-diensten, de overige huisartskosten stegen met 16%. Volgens Vektis liggen hieraan kostenstijgingen rond praktijkondersteuning, modernisering en innovatie ten grondslag.
- Het aantal declarerende verzekerden voor consulten is gedaald, voor overige huisartsenzorg is het aantal declarerende verzekerden gestegen.
- In totaliteit stijgen de kosten per declarerende verzekerde voor huisartsenzorg met € 4.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Tot slot heeft Vektis gekeken naar een aantal kenmerken van verzekerden (geslacht, leeftijd, hoogte vrijwillig eigen risico). In algemene zin is de tendens zichtbaar dat de kosten per (declarerende) verzekerde in de eerste lijn afnemen naarmate de hoogte van het vrijwillig eigen risico toeneemt. Vektis signaleert dat – op enkele uitzonderingen na – de gemiddelde kosten per declarerende verzekerde zijn gedaald in 2013 ten opzichte van 2012. Er zijn wel verschillen, bijvoorbeeld tussen groepen verzekerden die verschillen wat betreft de hoogte van het vrijwillig eigen risico en bij de verschillende leeftijdsgroepen. Het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico is in 2013 toegenomen, met name de groep met een vrijwillig eigen risico van € 500 is gegroeid terwijl de groep met een vrijwillig eigen risico van € 100 is afgenomen.

Ik constateer op basis van de bevindingen van Vektis dat uit een analyse van het feitelijk zorggebruik in de eerste lijn in de jaren 2012 en 2013 geen eenduidig beeld naar voren komt. Voor sommige zorgvormen is het zorggebruik gedaald, voor andere toegenomen. Ook cijfers met betrekking tot het gebruik van (subprestaties in de) huisartsenzorg laten geen eenduidig beeld zien. Overigens merk ik daarbij op dat een deel van zorg in de eerste lijn zoals de huisartsenzorg, de verloskunde en de kraamzorg niet onder het verplicht eigen risico valt. Ook zorg aan verzekerden onder de 18 jaar valt niet onder het eigen risico. Verhoging van het verplicht eigen risico hoeft dan ook geen negatief gevolg te hebben op het zorggebruik voor deze zorgvormen, eerder zou een stijging verwacht kunnen worden. Zoals eerder opgemerkt geeft Vektis aan dat naast een verhoging van het verplicht eigen risico, ook demografie en andere beleidseffecten van invloed op het zorggebruik kunnen zijn geweest.

3. Internationale vergelijking verzekerd pakket en financiering daarvan

Op mijn verzoek heeft Celsus een internationale verkenning in acht landen verricht van het verzekerd pakket³. Bovendien is gekeken naar de financiering daarvan, waaronder de inzet van het eigen risico. De voornaamste uitkomsten van deze verkenning zijn:

- Vrijwel alle burgers in de onderzochte landen hebben toegang tot alle noodzakelijk geachte basiszorg. Het verzekerde pakket is breed en omvat preventie, eerstelijnszorg, verloskunde, medisch specialistische zorg en genees- en hulpmiddelen.
- Er zijn beperkte verschillen aan de «randen» van het pakket voor volwassenen, zoals tandheelkundige zorg, fysiotherapie en bepaalde geneesmiddelen. Waar Nederland dit type verstrekkingen uitsluit van collectieve dekking, geven andere landen dit anders vorm door substantiële eigen bijdragen.
- Pakketbeheer, bijvoorbeeld via evidence-based richtlijnen, is een veel genoemd instrument om de zorg betaalbaar te houden. Activiteiten om gepaste zorg te stimuleren zijn in Nederland en Engeland relatief meer ontwikkeld.
- Het aandeel publieke financiering van de curatieve zorg in de acht vergeleken landen varieert van 64,9% tot 82,8%. Daarbij hangen verschillende financieringsbronnen onderling samen: de stijging van het eigen risico in Nederland draagt bij aan de daling van de nominale premie.
- Eigen betalingen voor verzekerde zorg variëren van 9,6% tot 25,5%. Nederland behoort tot de groep van vijf landen met lagere eigen betalingen. In vergelijking met andere landen zijn eigen betalingen in ons land vooral gebaseerd op een verplicht eigen risico.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

- Alle landen bieden in meer of mindere mate compensatie aan kwetsbare groepen voor de eigen betalingen. In vergelijking met de meeste andere landen vindt de compensatie in Nederland vooral via de zorgtoeslag plaats. Daardoor is deze compensatie niet direct gekoppeld aan het zorggebruik en hierdoor, zo menen de onderzoekers, hebben zorggebruikers weinig «gevoel» bij de compensatie.
- Uit de internationale verkenning is geen algemene wisselwerking gebleken tussen de omvang van het basispakket en de omvang van eigen betalingen.

De internationale verkenning laat naar mij idee zien dat het verzekerd pakket in de onderzochte landen in grote mate overeenkomt. Alleen ten aanzien van specifieke verstrekkingen als tandheelkundige zorg en fysiotherapie doen zich verschillen voor. Daar waar Nederland ervoor kiest deze uit te sluiten van het basispakket, werpen andere landen drempels op via hogere eigen betalingen. Kwetsbare groepen worden in alle landen in enigerlei mate gecompenseerd voor eigen betalingen. In vergelijking is deze compensatie in Nederland minder direct gerelateerd aan het zorggebruik. Wisselwerking tussen pakket en eigen betalingen lijkt alleen bij bepaalde verstrekkingen voor te komen. Overigens kent Nederland internationaal gezien een relatief laag niveau van eigen betalingen.

4. Betalingsregelingen en gebruik sturingsinstrument door zorgverzekeraars

Eveneens op verzoek van VWS heeft de NZa onderzoek gedaan onder zorgverzekeraars naar mogelijkheden voor gespreid betalen (betalingsregelingen) die zij aanbieden voor het verplicht eigen risico⁴. Ook is gevraagd of verzekeraars gebruik maken van de mogelijkheid om het eigen risico als sturingsinstrument te gebruiken⁵. In dit onderzoek zijn de jaren 2012 tot en met 2014 vergeleken. Voor dit onderzoek heeft de NZa gebruik gemaakt van de polissen en niet van het gedeclareerde zorggebruik.

Gespreid betalen /betalingsregelingen

Zorgverzekeraars kunnen verzekerden een betalingsregeling aanbieden om het verplicht eigen risico gespreid te betalen. Verzekerden kunnen ervoor kiezen gebruik te maken van zo'n betalingsregeling, dit is niet verplicht. Bij achterstanden bij het betalen van het verplicht eigen risico volgt uiteindelijk een regulier incassotraject, dit in tegenstelling tot achterstanden bij het betalen van de premie, waarvoor de wanbetalersregeling bij het Zorginstituut Nederland van toepassing is.

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat 24 van de 26 verzekeraars in 2014 een betalingsregeling aanboden, tegen 20 verzekeraars in 2012. In 2014 kan 94% van de verzekerden desgewenst gebruik maken van een mogelijkheid tot gespreid betalen, tegenover 65% twee jaar eerder. In 2014 staan alle 24 betalingsregelingen open voor alle verzekerden van de betreffende verzekeraars. In 2012 waren de betalingsregelingen van vijf verzekeraars specifiek gericht op klanten van de gemeenten en boden 15 verzekeraars de regelingen aan voor alle verzekerden.

In 2014 zijn de meeste betalingsregelingen (16 van de 24) dusdanig dat de verzekerde het openstaande bedrag van het feitelijk gebruikte eigen risico achteraf in termijnen kan voldoen. Bij zes regelingen betaalt de verzekerde vooraf, dus gedurende het verzekeringsjaar 2014, in termijnen (voorschotten) het maximale eigen risico, met een verrekening voor het feitelijk gebruikte verplicht eigen risico aan het einde van het verzeke-

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ Zie ook de evaluatie door Ecorys uit 2011, bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 325

ringsjaar. Bij 2 regelingen kan de verzekerde kiezen om de termijnbedragen vooraf of achteraf te betalen.

Wat betreft het gebruik van de betalingsregelingen door verzekerden, zijn volgens de NZa niet meer dan globale conclusies mogelijk vanwege beperkte beschikbaarheid van gegevens. Het gebruik van betalingsregelingen lijkt toe te nemen. In 2014 zal naar verwachting ca. 1 mln. verzekerden gebruik maken van de mogelijkheid om het verplicht eigen risico gespreid te betalen (7,5% van de premiebetalende verzekerden). In 2012 was dat 0,3 mln. (2%) van de verzekerden. Het bedrag dat daarmee gemoeid is bedraagt in 2014 naar verwachting ca. € 340 mln. (11% van het totaal van het verplicht eigen risico). In 2012 was dat nog € 65 mln. (3% van het totaal).

Met name over mogelijke betalingsachterstanden op de betalingsregelingen voor het verplicht eigen risico zijn beperkte gegevens voor handen. Betalingsachterstanden zijn hier gedefinieerd als te laat of niet betaald. Op basis hiervan zijn geen conclusies mogelijk over de vraag of er mogelijk sprake is van toenemende betalingsachterstanden op de betalingsregelingen bij verzekeraars. Slechts enkele verzekeraars hebben globale schattingen gegeven van betalingsachterstanden bij regelingen waarbij het eigen risico achteraf in termijnen wordt voldaan. Deze achterstanden variëren van 1,5% tot 15% van het te betalen eigen risico over 2013, en van 0,2% tot 6% van het totaal te betalen eigen risico over 2012.

Hierop reagerend, het verheugt me dat nagenoeg alle verzekeraars (24 van de 26) de mogelijkheid bieden om het verplicht eigen risico gespreid te betalen. De thans beschikbare gegevens wijzen in de richting dat meer verzekerden gebruik gaan maken van deze regelingen. Mogelijk speelt hierbij de verhoging van het eigen risico per 2013 een rol. Deze verhoging kan echter niet los worden gezien van de bredere financiële positie van veel huishoudens in de economische crisis. Uit de in 2013 door GfK uitgevoerde enquête onder verzekerden komt het beeld naar voren dat driekwart van de verzekerden niet wil bezuinigen op zorg, maar dat dat in de praktijk toch gebeurt. Vergelijken met andere kostenposten wordt op zorg het minst bezuinigd. Ook is het mogelijk dat verzekerden gespreid betalen van het eigen risico steeds meer als normale service zien, nu bijna alle verzekeraars de mogelijkheid bieden.

Gebruik van het eigen risico als sturingsinstrument

Verzekeraars kunnen op grond van artikel 21 Zvw kosten van het gebruik van bepaalde zorgvormen en/of zorgaanbieders geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico laten vallen. Het gaat om preferente zorgaanbieders, aangewezen hulpmiddelen en geneesmiddelen en bepaalde zorg die in een programma wordt aangeboden. Dit heet het sturingsinstrument. De verzekerde kan op die manier direct baat hebben bij het inkoopbeleid van de verzekeraar.

In 2014 heeft 59% van de verzekerden van 18 jaar en ouder een polis waarin de zorgverzekeraar gebruik maakt van het sturingselement. Het gaat met name om een aangewezen zorgaanbieder voor farmaceutische zorg, een programma (bijvoorbeeld diabetes, depressie, hart- en vaatziekten) en/of een geneesmiddel.

In 2014 maken 16 zorgverzekeraars gebruik van het sturingsinstrument. Bij de evaluatie van 2011 bleek dat het sturingsinstrument in 2010 werd ingezet bij 14 verzekeraars.

Een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven waarom zij het sturingsinstrument wel of niet inzetten. Redenen om het instrument wel in te zetten zijn: preventie om onnodige zorgkosten in de toekomst te vermijden, algemene bevordering van de gezondheid en uitsluiting van anticonceptie voor het eigen risico omdat de betreffende verzekeraar het niet redelijk

vindt dat anticonceptie voor verzekerden van 18 tot 20 jaar onder het verplicht eigen risico valt.

Redenen om het instrument niet in te zetten zijn: twijfel bij de doelmatigheid van het instrument, verzekerden die als gevolg van de vrijstelling voor het eigen risico geen prikkel hebben om door te zetten bij deelname aan een programma en beperkte financiële verwachtingen. Daarnaast wordt de complexiteit van de operationele uitvoering als reden genoemd. Ook vond een enkele verzekeraar het onredelijk dat andere verzekerden moeten betalen voor de kosten van de vrijstelling op het verplicht eigen risico.

Het sturingsinstrument biedt verzekeraars de mogelijkheid om de resultaten van het zorginkoopbeleid door te geven aan hun verzekerden door deze zorg niet onder het eigen risico te laten vallen. Kijkend naar deze uitkomsten van het NZa-onderzoek, concludeer ik dat de meeste verzekeraars het sturingsinstrument inzetten, maar vooralsnog met een beperkt bereik. Er spelen soms tegengestelde motieven om het instrument juist wel of niet in te zetten waar het gaat om het stimuleren van verzekerden om een (preventief) programma voor een aandoening te voltooien.

5. Tot slot

Met deze brief geef ik gehoor aan mijn toezeggingen uit september 2013⁶. Zoals ik toen al heb aangegeven zal ik u in de loop van 2015 een rapportage sturen over het beroep op de tweede lijn. De drie nieuwe onderzoeken bevestigen het eerdere beeld dat ook de enquête door Intomart GfK bood, namelijk dat er geen eenduidige relaties zijn tussen verzekerd pakket, eigen betalingen en zorggebruik. Financiële redenen kunnen een rol spelen bij het zorggebruik. In hoeverre verhoging van het eigen risico hierbij een rol speelt, dan wel dat andere (financiële) overwegingen, is niet helder. Desalniettemin lijkt de toegang tot noodzakelijke zorg geborgd te blijven, ook in vergelijking tot andere landen.

Zoals in het begin van deze brief aangegeven, kunnen aan de resultaten van dit onderzoek geen uitgesproken conclusies worden verbonden. Op basis van het vervolgonderzoek waarin de tweede lijn wordt betrokken hoop ik een completer beeld te kunnen geven.

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

⁶ Kamerstuk 29 689 nr. 474, 26 september 2013.