

10

Gelijke zorg bij gelijke behoefte

Kernbevindingen

- Meer hoog- dan laagopgeleiden gaan naar de tandarts, de fysiotherapeut en de specialist. Naar het ziekenhuis gaan meer laagopgeleiden
- Internationaal gezien zijn de kosten voor de periodieke tandartscontrole in Nederland vrijwel geen belemmering, ook niet voor de laagste inkomensgroep
- Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van verschillen in toegang tot de gezondheidszorg tussen etnische groepen bij veel voorkomende psychische stoornissen
- Er is geen verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden
- De hoogste inkomensklasse geeft minder dan 1% van het inkomen uit aan eigen bijdrage voor de zorg. De laagste inkomensklasse meer dan 4%
- Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben extra kosten vanwege hun gezondheid. Deze extra kosten zijn in de loop der jaren niet wezenlijk veranderd
- Voor dak- en thuislozen is de formele toegankelijkheid van medische basiszorg, met uitzondering van de tandarts, redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol
- De toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de afgelopen tien jaar verbeterd. Voor de toegankelijkheid van de tweedelijnszorg lijken de kosten steeds minder een beperking te zijn

10.1 Achtergrond

In de *hoofdstukken* 2 tot en met 7 is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg beschreven in termen van nabijheid en tijdigheid. Naast de spreiding van zorgvoorzieningen over het land, de beschikbare capaciteit of de lengte van de wachtlijsten, is het ook van belang te onderzoeken in welke mate de toegang tot de zorg is afgestemd op de persoonlijke behoefte. In dit hoofdstuk kijken we naar de toegang tot de gezondheidszorg vanuit dit behoefte-perspectief. Er is nog behoefte aan gezondheidszorg zolang deze kan bijdragen aan de verbetering van iemands gezondheidstoestand (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). Daarbij wordt behoefte voor iedereen op dezelfde manier gewogen. Dit noemen we ook wel het ‘equity’-beginsel. Een belangrijk aspect in het behoefte-perspectief is de financiële toegankelijkheid. Omdat dit aspect niet of moeilijk toe te delen is aan de verschillende domeinen van de *hoofdstukken* 2 tot en met 7 is ervoor gekozen een apart equity-hoofdstuk op te nemen.

Vanuit dit perspectief betekent toegankelijkheid een gelijke toegang én gelijk gebruik van zorg bij gelijke behoefte met een gelijke kwaliteit van zorg (Whitehead, 1991). Gelijke kwaliteit is daarbij niet absoluut. Kwalitatief goede zorg moet niet alleen aansluiten op persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, geslacht, etniciteit of sociaaleconomische positie, maar ook op de mogelijkheden van de patiënt en de omstandigheden waarin hij verkeert. Dat kan inhouden dat bij dezelfde hulpvraag voor bepaalde patiënten meer of juist minder of andere hulpverlening of uitleg nodig is dan voor andere patiënten.

Het hoofdstuk begint met enkele indicatoren die het verschil in zorggebruik tussen verschillende groepen aangeven. Hierbij is gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen tussen deze groepen. Deze indicatoren volgen de traditionele benadering van ‘equity’ waarbij de behoefte van een patiënt gelijk wordt gesteld aan zijn zelf gerapporteerde gezondheidstoestand. Deze benadering gaat op wanneer er geen discussie is over een bepaalde behandeling bij een bepaalde aandoening. Dit perspectief heeft echter de beperking dat een gelijk gebruik niet altijd automatisch gelijk gesteld kan worden met gelijke behoefte, gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Er zijn namelijk ook (vaak minder acute) aandoeningen waarbij, bij dezelfde aandoening, de behoefte per patiënt kan verschillen, onafhankelijk van de gezondheidstoestand. In deze gevallen is het belangrijk te kijken naar de ervaringen van verschillende groepen patiënten. Het gaat er dan om of verschillende groepen vanuit hun eigen perceptie verschillend benaderd en behandeld worden door zorgverleners. Dit is een indicatie of zorgverleners aan de behoefte van de patiënt voldoen. De beperking van deze indicatoren is een mogelijke systematische ‘reporting bias’. Patiënten met een lager opleidingsniveau rapporteren doorgaans positiever dan patiënten met een hoger opleidingsniveau (Rademakers et al., 2012).

Zoals eerder gezegd speelt bij het ‘equity’-perspectief de financiële positie van een patiënt een belangrijke rol. Gelijke toegang tot gezondheidszorg voor iedereen wordt immers in belangrijke mate bepaald door mogelijke financiële barrières. Daarom zijn in dit hoofdstuk ook een tweetal indicatoren opgenomen die de nadruk leggen op de kosten van de zorg.

Tot slot is een tweetal indicatoren opgenomen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen. Dit is vaak een goede indicator voor de toegang tot de zorg in zijn algemeenheid. We bespreken de toegankelijkheid voor dak- en thuislozen en voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus.

10.2 Indicatoren voor gelijke zorg bij gelijke behoefte

In dit hoofdstuk bespreken we drie soorten indicatoren voor de verschillen in toegankelijkheid tussen bevolkingsgroepen; verschillen in zorggebruik, in patiëntgerichtheid en in financiële toegankelijkheid. Tot slot focussen we op twee kwetsbare groepen in de samenleving: dak- en thuislozen en mensen zonder wettelijke verblijfsstatus. Voor kwetsbare groepen zijn er geen indicatoren beschikbaar die regelmatig op identieke wijze gemeten worden, die verschillen tussen regio's laten zien of die internationaal te vergelijken zijn. Daarom is gekozen voor een beschrijving van de toegankelijkheid voor deze groepen.

Verschillen in zorggebruik tussen groepen

- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden
- Percentage van de bevolking dat afziet van periodieke tandartscontrole vanwege de kosten
- Etnische verschillen in toegang tot de geestelijke gezondheidszorg

Verschillen in patiëntgerichtheid tussen groepen

- Verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laag- en hoogopgeleiden

Verschillen in financiële toegankelijkheid tussen groepen

- Verschil in eigen bijdrage voor zorgkosten als percentage van het besteedbare inkomen tussen inkomensgroepen
- Percentage chronisch zieken en gehandicapten dat extra uitgaven heeft vanwege hun gezondheid

Toegankelijkheid voor kwetsbare groepen

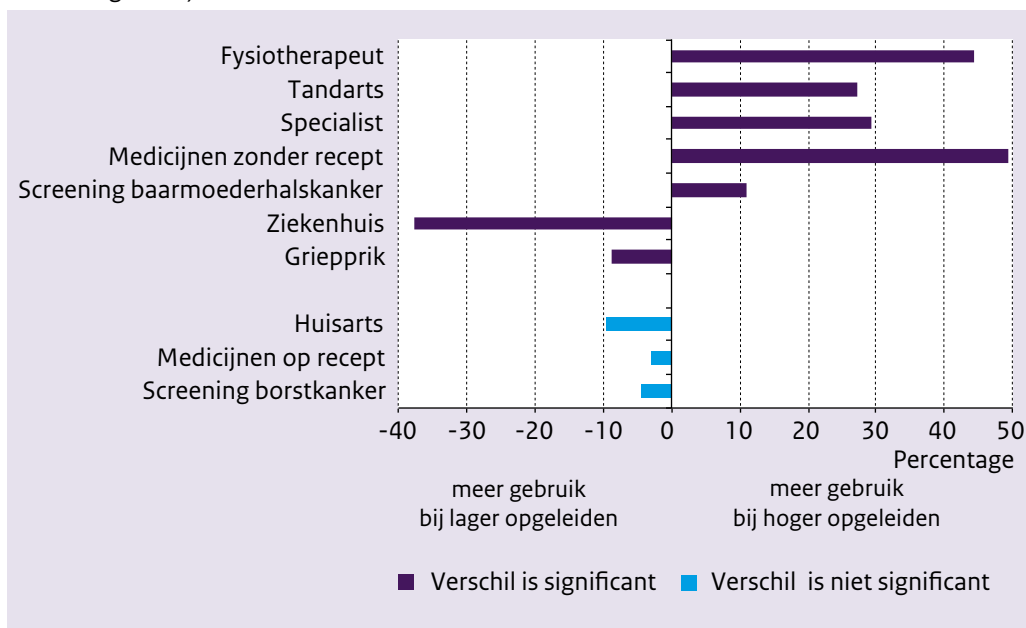
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor dak- en thuislozen
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus

10.3 Stand van zaken

Meer hoog- dan laagopgeleiden gaan naar de tandarts, de fysiotherapeut en de specialist. Naar het ziekenhuis gaan meer laagopgeleiden

Lager opgeleiden zijn gemiddeld ongezonder dan hoger opgeleiden. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat lager opgeleiden gemiddeld een ongezondere leefstijl hebben (Hoeymans et al., 2014). Een mogelijk andere oorzaak is dat lager opgeleiden een slechtere toegang hebben tot gezondheidszorg. Deze slechtere toegankelijkheid kan zich uiten in minder of afwijkend gebruik van gezondheidszorg. *Figuur 10.1* geeft een overzicht van de verschillen in gebruik van tien soorten gezondheidszorg, gecorrigeerd voor gezondheidsverschillen. Bij een gelijke gezondheid is de kans dat hoogopgeleiden naar de fysiotherapeut gaan 44% hoger. Voor een bezoek aan de tandarts is dat 27%. Voor een bezoek aan de specialist is dat 29% en voor het

Figuur 10.1: Verschil in zorggebruik naar opleidingsniveau: over- of ondergebruik van zorg door hoogopgeleiden als percentage van het gebruik door laagopgeleiden, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidsverschillen (Bron: CBS Gezondheidsenquête, 2012a; databewerking RIVM).

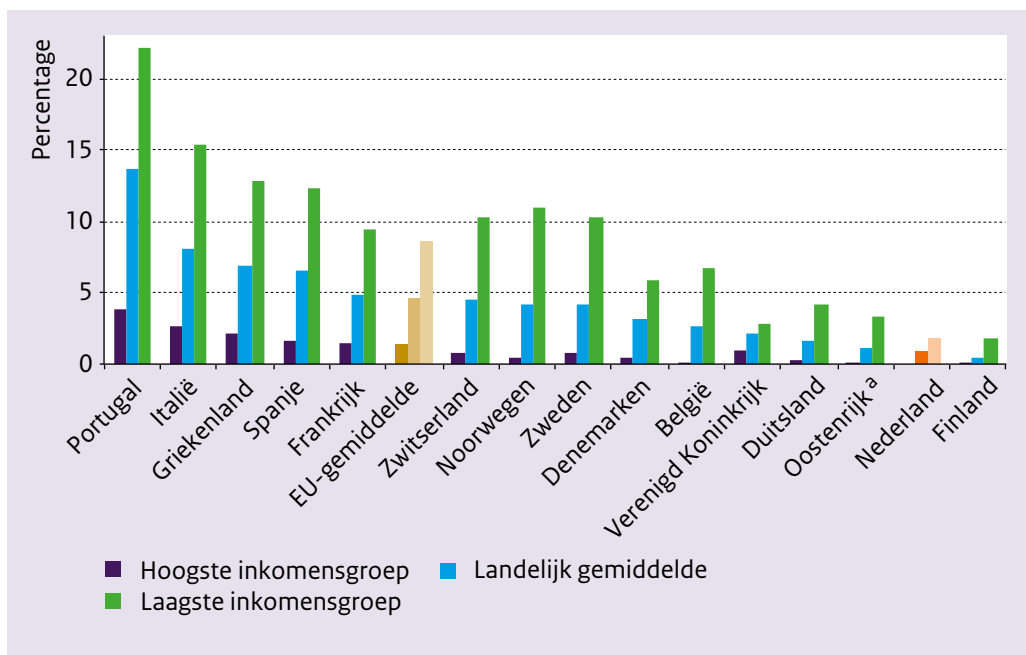


gebruik van medicijnen zonder recept bijna 50%. Ook laten meer hoog- dan laagopgeleiden zich screenen voor baarmoederhalskanker. Anderzijds is de kans dat laagopgeleiden in het ziekenhuis worden opgenomen 38% hoger dan bij hoogopgeleiden. Meer laagopgeleiden geven aan dat ze ooit een griep prik hebben gehad. Er zijn ook kleine verschillen in gebruik van de huisarts, medicijnen op recept en borstkankerscreening gevonden. Deze verschillen zijn echter niet significant.

Opvallend is dat meer laagopgeleiden worden opgenomen in het ziekenhuis. Mogelijk is dat een compensatie voor het feit dat hoogopgeleiden vaker een bezoek brengen aan de specialist. De zorgvoorzieningen die meer worden gebruikt door hoogopgeleiden zitten met uitzondering van de specialist niet of zeer beperkt in het basispakket. Ondanks dat het verschil niet significant is, is het toch opvallend dat laagopgeleiden meer gebruik maken van het screeningsprogramma voor borstkanker. Uit ander onderzoek blijkt juist dat hoger opgeleiden meer gebruik maken van dit programma (Von Wagner et al., 2011). Mogelijk is er sprake van een enquête-bias waardoor meer sociaal-gewenste antwoorden zijn gegeven.

Naast een analyse van het verschil in zorggebruik naar opleidingsniveau in 2012, is waar mogelijk ook een analyse gedaan van de ontwikkeling van de verschillen in zorggebruik tussen de laagst- en de hoogstopgeleiden. Voor de griep prik neemt dit verschil in de periode 1992-

Figuur 10.2: Percentage van de bevolking dat afziet van periodieke tandartscontrole vanwege de kosten, hoogste en laagste inkomenskwintiel en landelijk gemiddelde, per EU-land, 2012 (Bron: EU-SILC, 2012).



^a Gegevens uit 2011

2012 toe. Voor de screening op baarmoederhalskanker (1992-2012) en het gebruik van fysiotherapie (1990-2012) neemt het verschil in zorggebruik tussen de laagst- en de hoogstopgeleiden af. Voor ziekenhuisopnames (1990-2012), screening op borstkanker (1992-2012) en voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijngebruik (1990-2012) blijven de verschillen ongeveer gelijk (Bron: POLS, Gezondheid en Welzijn 1990/1992-2009; CBS Gezondheidsenquête 2010-2012b; databewerking RIVM).

Internationaal gezien zijn de kosten voor de periodieke tandartscontrole in Nederland vrijwel geen belemmering, ook niet voor de laagste inkomensgroep

In veel landen bestaan problemen met de toegankelijkheid van tandartsenzorg vooral voor mensen uit lage inkomensgroepen. Tandartsenzorg is vaak niet verzekerd. Gemiddeld moet in de Europese Unie 55% van de tandartskosten uit eigen zak betaald worden. In Nederland was in 2011 de situatie met 18% veel gunstiger (OECD, 2013a). Dit verklaart wellicht ook de goede positie van Nederland: minder dan 1% van de bevolking mijdt de periodieke tandartscontrole vanwege de kosten (zie *figuur 10.2*). Er zijn wel verschillen naar inkomensklasse. Het hoogste inkomenskwintiel rapporteert bij periodieke controles nauwelijks problemen. Het laagste

inkomenskwintiel rapporteert in ongeveer 2% van de gevallen een probleem (Bron: EU-SILC, 2012).

We zien in alle onderzochte landen een groot verschil tussen het hoogste en laagste inkomenskwintiel. Dit duidt op grote verschillen in toegankelijkheid voor de laatste groep. In Nederland is het verschil ook groot, gezien het lage percentage ten opzichte van andere landen, mag geconcludeerd worden dat de kosten voor de periodieke tandartscontrole geen groot probleem vormen voor het laagste inkomenskwintiel.

Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van verschillen in toegang tot de gezondheidszorg tussen etnische groepen bij veel voorkomende psychische stoornissen

Mensen met een niet-Nederlandse herkomst hebben dezelfde toegang tot de geestelijke gezondheidszorg als mensen met een Nederlandse achtergrond. Dit blijkt uit een enquête-onderzoek in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag, uitgevoerd in 2008 (Klaufus et al., 2014). Onder 11.678 autochtone Nederlanders had 43% een verhoogd risico op angst en depressie (Turks: 50%; Marokkaans: 37%; Surinaams: 52%; Antilliaanse: 45%). Van de mensen met mogelijke klachten had 81% van de Nederlandse en bijna 90% van de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse mensen het laatste jaar contact gezocht met de huisarts. Vooral stedelingen met een Turkse achtergrond bezochten ook vaak de tweede lijn: 26% versus 16% van de autochtone Nederlanders. Voor de andere groepen was dit ongeveer 20%.

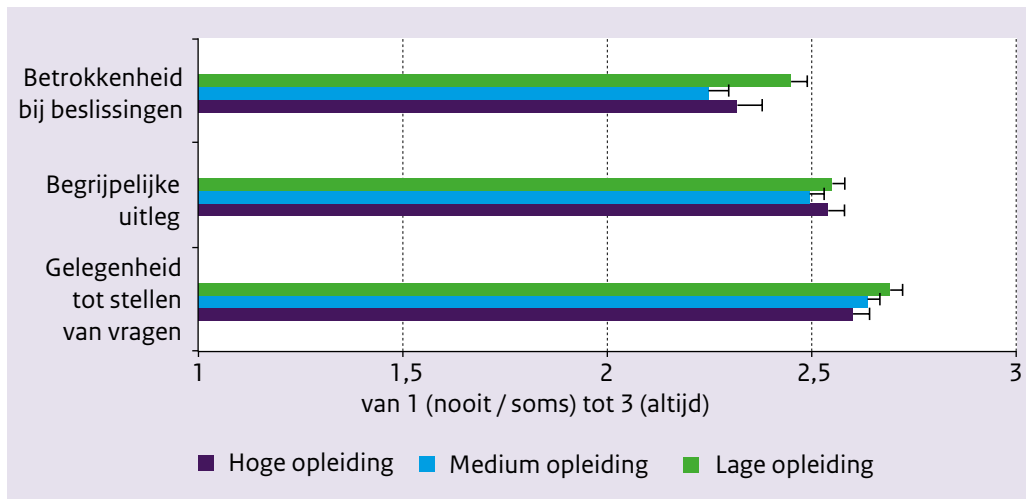
De studiepopulatie was weliswaar vrij groot maar de respons onder immigranten was zeer laag. Daarom is een extra onderzoek uitgevoerd naar verschillen in zorgvraag onder de non-respons groepen van zowel de autochtone als de allochtone populatie. Daarin bleken geen grote verschillen te zitten. Dat wees uit dat de conclusies van het onderzoek voldoende robuust waren (Klaufus et al., 2014).

Er is geen verschil in ervaren patiëntgerichte zorg tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden

Als de zorg patiëntgericht is, betekent dit dat de zorg is afgestemd op de ervaren behoefte van de patiënt. Bij deze indicator wordt de behoefte niet afgemeten aan de gezondheidstoestand maar aan de vraag van de patiënt. Verschil in patiëntgerichte zorg tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden is op drie manieren gemeten: gezamenlijk beslissen, begrijpelijke uitleg en mogelijkheid om vragen te stellen. Op een schaal van 1 tot 3 konden patiënten aangeven wat zij vonden van deze drie aspecten. Gemiddeld werden bijna 2,5 punten gegeven. Daarbij werden de hoogste scores voor de gelegenheid tot het stellen van vragen gegeven, de laagste voor betrokkenheid bij beslissingen. De verschillen naar opleidingsniveau zijn klein en niet significant (zie *figuur 10.3*).

Diverse studies tonen aan dat lager opgeleiden minder behoefte hebben aan patiëntgerichte zorg dan hoger opgeleiden. Verder blijkt uit onderzoek dat hoger opgeleiden minder patiëntgerichte zorg krijgen dan waar zij om vragen en lager opgeleiden meer dan waar zij om vragen (Rademakers et al, 2012).

Figuur 10.3: Verschil in ervaren patiëntgerichte zorg naar opleidingsniveau van de patiënt, gemeten op drie manieren (Bron: Rademakers et al., 2012).



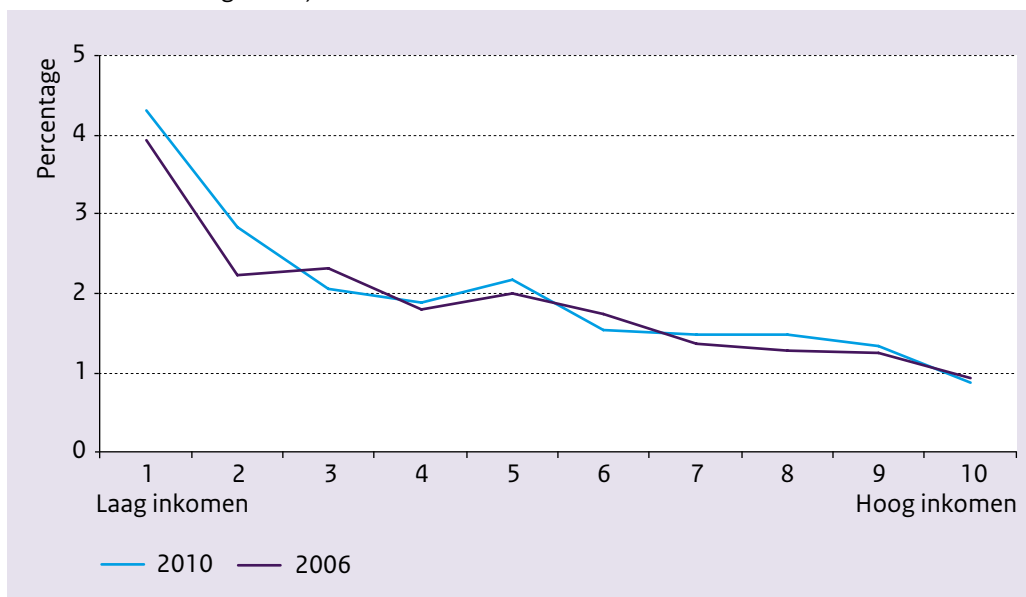
De hoogste inkomensklasse geeft minder dan 1% van het inkomen uit aan eigen bijdrage voor de zorg. De laagste inkomensklasse meer dan 4%

Eigen betalingen voor gezondheidszorg drukken rechtstreeks op de bestedingsruimte van mensen. Mensen kunnen daarom besluiten een bezoek aan een zorgaanbieder uit of af te stellen. Als de eigen betalingen hoog zijn, kan dat dus leiden tot toegankelijkheidsproblemen van de gezondheidszorg. Eigen betalingen zijn daarmee een indicator voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Als er geen zorgverzekeringen zouden zijn, zouden mensen alle zorg zelf moeten betalen. Mensen die meer zorg gebruiken zouden dan meer moeten betalen dan mensen die minder zorg gebruiken. Zorgverzekeringen zorgen ervoor dat de lasten verspreid worden over de bevolking. Daardoor blijft de financiële toegankelijkheid voor alle groepen gewaarborgd en kunnen alle zieke mensen, ook de minder draagkrachtigen, gebruik blijven maken van de gezondheidszorg.

Zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen, is in theorie minder toegankelijk. Zorginstituut Nederland adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket. Als de financiering van de gezondheidszorg afhankelijker wordt van eigen betalingen, verschuift de lastendruk naar diegenen die meer zorg nodig hebben. Daarom voeren veel landen een beleid dat erop gericht is de kwetsbare groepen te beschermen tegen overmatige eigen betalingen. Dit beleid bestaat geheel of gedeeltelijk uit een betalingsvrijstelling voor specifieke groepen zoals mensen met lage inkomens, senioren of chronisch zieken en gehandicapten (OECD, 2013a).

De lastendruk van de eigen betalingen wordt uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een huishouden. De eigen betalingen voor gezondheidszorg zijn exclusief de

Figuur 10.4: Eigen bijdrage voor gezondheidszorg als percentage van het besteedbare inkomen van een huishouden, per inkomensdeciel, 2006 en 2010 (Bron: CBS, Bestedingen naar huishoudkenmerken 2006 en 2010; CBS, Inkomstenbelasting particuliere huishoudens 2006 en 2010; databewerking, RIVM).



premie voor de basis zorgverzekering maar inclusief de premie voor aanvullende zorgverzekeringen, het eigen risico en eigen betalingen AWBZ. In *figuur 10.4* is dit percentage gepresenteerd voor tien inkomensklassen. Elke klasse bestaat uit 10% van de huishoudens. De eerste klasse bestaat uit 10% van de huishoudens met het laagste besteedbare inkomen. De laatste klasse bestaat uit 10% van de huishoudens met het hoogste besteedbare inkomen. Absoluut gezien besteedt deze laatste groep het meeste aan gezondheidszorg (gemiddeld bijna €1.350,- per huishouden per jaar) en de eerste groep het minst (bijna €450,- per huishouden per jaar). Procentueel gezien ligt de situatie precies omgekeerd.

Voor de hogere inkomensgroepen zien we tussen 2006 en 2010 geen toename van het percentage, voor de lagere inkomensgroepen wel. In 2010 was het percentage van het inkomen dat aan gezondheidszorg werd uitgegeven bij de onderste inkomensklassen iets groter dan in 2006.

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben extra kosten vanwege hun gezondheid. Deze extra kosten zijn in de loop der jaren niet wezenlijk veranderd

Het blijkt dat 94% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 eigen zorguitgaven had. Dit percentage is over de periode 2004-2011 iets toegenomen, maar niet significant. Wel heeft de invoering van de Zvw in 2006 een duidelijk effect gehad in de

Tabel 10.1: Extra gezondheidsuitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking per maand, 2004-2011 (Bronnen: Van den Brink-Muinen et al., 2009; Van der Veer et al., 2013).

Jaar	Percentage mensen met extra uitgaven	Extra uitgaven (€)
2004	88	72
2005	87	73
2006	87	81
2007	86	74
2009	89	73
2011	94	86

verdeling over de uitgaveposten. Vanaf 2006 hebben minder chronisch zieken en mensen met een beperking uitgaven gehad voor de huisarts, de tandarts, de medisch specialist, de fysiotherapeut en voor geneesmiddelen op recept. Het percentage dat uitgaven had voor hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning steeg juist (Van den Brink-Muinen et al., 2009).

Mensen met een chronische ziekte of een beperking gaven in 2011 maandelijks gemiddeld €86,- meer uit in verband met hun gezondheid dan mensen zonder chronische ziekte of beperking. *Tabel 10.1* geeft een overzicht van deze uitgaven in de afgelopen jaren. Onder deze uitgaven worden alle uitgaven verstaan die mensen zelf maken in verband met hun gezondheid en die niet zijn vergoed via Zvw, AWBZ, Wmo, de werkgever, de Belastingdienst of een uitkerende instantie.

Een ernstige beperking gaat vaak samen met hogere gezondheid gerelateerde uitgaven dan een minder ernstige beperking. In 2011 bedroegen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van mensen met ernstige beperkingen €149 (BI: 131-166) en van mensen met matige beperkingen €75 (BI: 62-88). Sinds 2004 zijn de verschillen in uitgaven tussen mensen met een ernstige beperking en mensen met een matige beperking niet noemenswaardig veranderd (Van der Veer et al., 2013).

Mensen met een chronische ziekte of beperking maken dus vaak extra kosten en hebben daarnaast vaak een lager inkomen dan de algemene bevolking. Een kwart van hen moet spaargeld aanspreken om rond te komen of komt zelfs rood te staan (NIVEL, 2014b). In de algemene bevolking is dit 7%. Tot 2014 bestonden er verschillende regelingen waardoor mensen met een chronische ziekte of beperking een tegemoetkoming konden krijgen in de hogere kosten die zij hebben vanwege hun ziekte of beperking. Dit betrof de Compensatie Eigen Risico, de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de fiscale regeling voor de aftrek van specifieke zorgkosten. In 2011 ontving bijna twee derde (64%) van de mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking een bedrag als Compensatie

Eigen Risico. De helft ontving een algemene tegemoetkoming vanuit de Wtgc en ruim een derde (38%) maakte gebruik van de fiscale aftrekregeling voor specifieke zorgkosten (NIVEL, 2014b).

Vanaf 1 januari 2014 zijn deze regelingen vervangen door één regeling die door de gemeenten wordt uitgevoerd. Het kabinet hoopt dat hierdoor meer maatwerk kan worden geleverd zodat het geld terecht komt bij wie dat echt nodig heeft. Het moet ook een besparing gaan opleveren. Het verdient sterke aanbeveling om te monitoren welke gevolgen deze veranderingen hebben voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Gemeenten krijgen een grote vrijheid in de uitvoering van de nieuwe regeling.

Voor dak- en thuislozen is de formele toegankelijkheid van medische basiszorg, met uitzondering van de tandarts, redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol

Daklozen hebben meestal een slechte gezondheid. Daklozen in Amsterdam leven bijvoorbeeld gemiddeld 25 jaar korter dan de gemiddelde Nederlander (Van Laere, 2009). De vraag is of deze slechte gezondheid (deels) is toe te schrijven aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Medische zorg is niet altijd goed toegankelijk voor dak- en thuislozen, zwerfjongeren, verslaafden, (ex-)psychiatrische patiënten, ex-gedetineerden en/of mensen die illegaal in Nederland verblijven. Zij zijn niet ingeschreven bij een huisarts of hebben een slechte band met hun huisarts. Sommigen zijn onverzekerd en/of vertonen zorgmijdend gedrag (Provinciale Raad Gezondheid, 2010).

Wat betreft toegankelijkheid van de zorg, spelen bij dak- en thuislozen subjectieve drempels een grote rol. Wanneer daklozen geen gebruik maken van medische zorg, blijkt dit meestal niet zozeer te liggen aan gebrekkige kennis of informatie, maar aan hun inschatting dat het niet nodig is om een arts in te schakelen. Deze inschatting duidt op zorgmijdend gedrag, gezien het feit dat de gezondheid van dak- en thuislozen beduidend slechter is dan die van de totale bevolking. Om dit gedrag te doorbreken is een vertrouwensband tussen hulpverlener en dakloze zeer belangrijk (Akkermans, 2008). In Eindhoven loopt, naar het Rotterdamse voorbeeld van de Straatdokter, het programma 'Eerstelijnszorg voor Daklozen'. Dit programma zet in op het doorbreken van zorgmijdend gedrag (Elissen et al., 2009; Elissen et al., 2011). In diverse andere steden (Amsterdam, Den Haag, Nijmegen) zijn eveneens huisartsvoorzieningen beschikbaar die specifiek gericht zijn op dak- en thuislozen.

Problemen kunnen ook verwacht worden op het vlak van de financiële toegankelijkheid. Zorgverzekeraars hebben echter een acceptatieplicht als het gaat om de basisverzekering. Het probleem is vaak dat daklozen geen verzekering hebben. Op het moment dat ze zorg nodig hebben, worden ze meestal wel geholpen bij het afsluiten van een zorgverzekering (Akkermans, 2008). Problemen met de financiële toegankelijkheid spelen vooral bij gezondheidszorg die niet in de basisverzekering is ondergebracht, zoals de tandarts.

De toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor mensen zonder wettige verblijfsstatus is de afgelopen tien jaar verbeterd. Voor de toegankelijkheid van de tweedelijnszorg lijken de kosten steeds minder een beperking te zijn

Er worden in Nederland drie groepen van mensen zonder wettige verblijfsvergunning onderscheiden: asielzoekers, mensen in vreemdelingenbewaring en ongedocumenteerde migranten, ofwel illegalen. Deze groepen zijn vanwege hun taal en cultuur, de vaak slechtere gezondheidstoestand en de onzekere positie waarin ze verkeren, een kwetsbare groep in de gezondheidszorg (IGZ, 2011d).

De eerste groep betreft asielzoekers. Met ingang van 1 januari 2009 heeft het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) een nieuw zorgmodel voor de gezondheidszorg voor asielzoekers ingevoerd. Het uitgangspunt van het nieuwe zorgmodel is dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk via de reguliere zorg in Nederland verloopt. Asielzoekers maken gebruik van bestaande voorzieningen. Om dit nieuwe model te toetsen heeft de IGZ een onderzoek gedaan naar de toegankelijk van de huisartsenzorg voor asielzoekers. De IGZ constateert dat dit nieuwe zorgmodel goede mogelijkheden biedt voor een toegankelijke huisartsenzorg en een verantwoord bereik van de publieke gezondheidszorg, mits er voldoende oog is voor risico's in het zorgmodel, zoals de mate van zelfredzaamheid van asielzoekers (IGZ, 2011d).

De IGZ heeft ook specifiek onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van geboortezorg voor asielzoekers. De inspectie concludeert dat medewerkers van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA), de verloskundigen, de gynaecologen en de kraamverzorgenden over het algemeen intensieve en specifieke aandacht geven aan zwangere asielzoekers. De grote mate van inzet en betrokkenheid van de hulpverleners leidde tot tevredenheid over de geboortezorg bij de geïnterviewde asielzoekers. Wel moeten er nog verbeteringen doorgevoerd worden met betrekking tot de inzet van professionele tolken en de continuïteit van zorg bij overplaatsingen/verhuizingen van zwangere asielzoekers (IGZ, 2014e).

In 2013 is een rapport van de Nationale ombudsman verschenen waarin hij oordeelt dat de toegang tot medische zorg op de COA-locaties nog te veel drempels kent. Ook stelt hij dat de zelfredzaamheid die van Nederlanders wordt gevraagd niet altijd van asielzoekers kan worden verwacht (de Nationale ombudsman, 2013). In reactie hierop stelt het ministerie van Veiligheid en Justitie, dat dit ook geldt voor andere groepen zoals kwetsbare ouderen, chronisch zieken en patiënten met een lage sociaaleconomische status (VenJ, 2013). Het ministerie van VWS wijst er verder op dat *'de perceptie bij een deel van de onverzekerbare vreemdelingen, dat overheidsorganisaties, het Kwaliteitsinstituut, de IGZ of zelfs een dokter het verlengde van de politie zijn, de formele toegankelijkheid van de zorg de facto niet minder maakt'* (VWS, 2014d).

Sinds 1 januari 2012 zijn wijzigingen in de vergoeding van tolken voor anderstaligen in de gezondheidszorg doorgevoerd. De kosten voor een tolk worden niet meer vergoed met uitzondering voor slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra en vrouwen die in de maatschappelijke opvang verblijven. Hieronder vallen dus niet de mensen in vreemdelingenbewaring en de ongedocumenteerden (illegalen). De KNMG is van mening dat

er meer uitzonderingen moeten zijn waarbij de overheid een rol heeft in de financiering van tolken. De KNMG zal onderzoeken welke doelgroepen en situaties dit betreft en zal mogelijke oplossingsrichtingen verkennen (VWS, 2014f). Overigens is het grootste probleem het ondergebruik van tolkendiensten in de medische zorg en niet het ontbreken van financiering (Meeuwesen, 2012).

Een tweede groep zijn de mensen in vreemdelingenbewaring. In 2014 oordeelde de IGZ dat er sprake is van verantwoorde medische zorg aan ingeslotenen in detentie- en uitzetcentra. Screening bij binnenkomst (binnen 24 uur) vindt zorgvuldig plaats en de medisch noodzakelijke zorg is voldoende laagdrempelig toegankelijk. Deze conclusie is gebaseerd op onderzoek dat de IGZ heeft uitgevoerd tussen februari en augustus 2013. De inspectie bezocht alle detentie- en uitzetcentra tweemaal. Zij toetste of de centra voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg. In het bijzonder zijn de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van zorg, deskundigheid van personeel, medische informatieoverdracht en de medicatieveiligheid onderzocht. Tijdens de bezoeken sprak de inspectie met ingeslotenen en medewerkers en had zij inzage in (beleids)documenten en dossiers. Drie onderwerpen vroegen aandacht. De dossiervoering is te gefragmenteerd en onoverzichtelijk. Daarnaast vindt de beoordeling van de psychische gesteldheid onvoldoende systematisch plaats waardoor het gevaar ontstaat dat er onvoldoende zicht is op risicofactoren (zoals suïcidaliteit) en beschermende factoren. Tot slot ontbreekt het aan een uitgewerkt professioneel statuut met afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van en tussen de verschillende zorgverleners. De inspectie zal de uitvoering van verbeteringen op deze onderwerpen in de loop van 2014 onaangekondigd toetsen (IGZ, 2014f). De Onderzoeksraad voor Veiligheid kwam tot een iets scherpere conclusie (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2014). Zij stelde dat er geen aanwijzingen zijn dat asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers in opvanglocaties en detentiecentra structureel onveilig zijn, maar dat ze wel degelijk risico's lopen. Een aandachtspunt is dat medewerkers niet altijd beschikken over de medische informatie die zij nodig hebben. Daarnaast krijgen vreemdelingen met psychische problemen niet altijd de zorg die zij nodig hebben, waardoor het kan gebeuren dat vreemdelingen met onbehandelde psychotrauma's op straat belanden en daar een risico vormen voor zichzelf en hun omgeving. Een andere conclusie is dat bij beslissingen over het vertrek van vreemdelingen met medische klachten de beschikbaarheid en reële toegankelijkheid van medische zorg in de herkomstlanden te weinig betrokken wordt.

De derde groep zijn de illegalen (waaronder uitgeprocedeerde asielzoekers) en andere onverzekerbare vreemdelingen. Op 1 juli 1998 werd de wijziging van de vreemdelingenwet en enkele andere wetten van kracht, de zogenaamde Koppelingswet. Deze wet koppelt het recht op collectieve voorzieningen aan de verblijfsrechtelijke status van vreemdelingen. Door invoering van de Koppelingswet zijn illegalen in principe uitgesloten van collectieve voorzieningen op het gebied van arbeid en sociale zekerheid, waaronder de ziektekostenverzekering. Illegalen behouden echter wel toegang tot gezondheidszorg wanneer ze de kosten zelf betalen of wanneer de zorg 'medisch noodzakelijk' wordt geacht. Zorgaanbieders werden daarvoor echter niet gecompenseerd. De invoering van de Zvw in 2006 heeft hier geen verandering in gebracht.

Tabel 10.2: Declaraties door zorgaanbieders aan Zorginstituut Nederland voor geleverde zorg aan illegalen, 2009-2012 (Bronnen: CVZ, 2012; CVZ, 2013c).

Zorgvorm	2009	2010	2011	2012
Ziekenhuizen	2.620.000	8.626.000	11.870.000	9.982.000
Farmacie	2.760.000	3.279.000	3.510.000	3.753.000
GGZ	0	1.098.000	3.689.000	4.313.000
AWBZ	0	159.000	889.000	1.211.000
Eerste lijn	1.138.000	1.098.000	1.949.000	1.786.000
Hulpmiddelen	20.000	30.000	77.000	79.000
Ambulance	10.000	124.000	237.000	249.000
Totaal	6.790.000	14.414.000	22.221.000	21.596.000

Op 1 januari 2009 is een wijziging van de Zvw in werking getreden. Doel hiervan was om zorgaanbieders te compenseren voor misgelopen inkomsten ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen. In de Zvw is deze wijziging opgenomen als artikel 122a. Uitgangspunt blijft dat illegalen zelf verantwoordelijk worden gehouden voor de kosten. Als dat niet mogelijk is, kan de zorgverlener aanspraak maken op een vergoeding door Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ). De verleende zorg moet onder het basispakket van de Zvw vallen. In de meeste gevallen kunnen zorgaanbieders 80% van de oninbare kosten declareren bij Zorginstituut Nederland. Uitzondering hierop vormt de vergoeding voor zwangerschap en bevalling. Het oninbare deel van deze kosten wordt voor 100% vergoed.

Sinds 2009 brengt Zorginstituut Nederland jaarlijks de Monitor Regeling Financiering Illegalen uit. Het blijkt dat de jaarlijks vergoedingen stijgen. *Tabel 10.2* geeft hiervan een overzicht. We zien jaarlijks een grote stijging van de declaraties van zorgverleners. Deze stagneert echter in 2012. De stagnatie is voornamelijk toe te schrijven aan de daling bij de ziekenhuizen. Dit effect is volgens Zorginstituut Nederland te verklaren door de overgang naar een nieuw declaratiesysteem (van DBC's naar DOT). Nog niet alle ziekenhuizen zijn in staat om op basis van DOT te factureren. Zorginstituut Nederland neemt aan dat in 2013 het inhaaleffect te zien zal zijn (CVZ, 2013c).

De toename van de declaraties voor farmaceutische kosten wijst erop dat er grote bekendheid is met de regeling bij zowel de zorgverleners als de illegalen (CVZ, 2013c). Vanaf 1 januari 2014 wordt per receptregel een eigen bijdrage van vijf euro per receptregel gevraagd. Het ministerie van VWS wijst erop dat het uitgangspunt is dat onverzekerbare vreemdelingen hun medisch noodzakelijk zorg zoveel mogelijk zelf betalen. De zorgverlener kan aan Zorginstituut Nederland een compensatie vragen als hij er niet in slaagt het volledige bedrag te incasseren bij de onverzekerde patiënt. Uit inventarisatie van Zorginstituut Nederland is naar voren gekomen dat onverzekerbare vreemdelingen vaak weten dat de apotheek de niet betaalde

rekening kan declareren. Deze wetenschap leidde vervolgens tot een scherpe daling van de bereidheid bij illegalen om te betalen. De verstrekking van medicijnen was daarmee verworpen tot 'gratis medicatie voor illegalen'. Dat vindt de minister een onwenselijke situatie, zeker gezien het feit dat een Zvw-verzekerde maandelijks zorgpremie betaalt en een eigen risico van 360 euro per jaar heeft (VWS, 2014e).

Voor de toegankelijkheid van zorg voor illegalen streeft Zorginstituut Nederland ernaar om in elke gemeente een eerstelijns zorgaanbieder te contracteren en in elke AWBZ-regio één of meerdere ziekenhuizen. Hiermee lijkt de toegankelijkheid van zowel de eerstelijns- als de tweedelijnszorg duidelijk verbeterd ten opzichte van 10 jaar geleden. Er zijn echter nog wel problemen. Zorgkosten die niet in het basispakket zitten, zoals tandartskosten en bepaalde antidepressiva, worden niet vergoed. Dat kan betekenen dat patiënten te lang met klachten blijven doorlopen en daardoor zelfs op de eerste hulp kunnen belanden.

10.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vanuit het 'equity'-perspectief. Daarbij is vooral nagegaan of de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is. We hebben gekeken naar verschillen in zorggebruik tussen diverse bevolkingsgroepen, gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Als er verschillen in zorggebruik worden gevonden, is dat een aanwijzing dat er ook verschillen in toegankelijkheid zijn. We zien dat hoogopgeleiden in vergelijking met laagopgeleiden meer gebruik maken van de tandarts, de fysiotherapeut en de medisch specialist en meer medicijnen zonder recept gebruiken. Met uitzondering van de medisch specialist gaat het om zorg die niet in het basispakket zit. Dit wijst op mindere toegankelijkheid van deze zorgsectoren voor mensen met een lage opleiding. Er kan echter niet uitgesloten worden dat hoger opgeleiden (met veelal een hoger inkomen) juist teveel gebruik maken van deze zorgvormen. Huishoudens uit de laagste inkomensgroep geven jaarlijks ongeveer 450 euro uit aan eigen bijdragen in de gezondheidszorg. Huishoudens uit de hoogste inkomensgroep geven drie keer zoveel uit. Met de beschikbare informatie is niet na te gaan of zij daarmee voor hen noodzakelijke zorg inkopen.

Laagopgeleiden maken meer gebruik van ziekenhuiszorg. Mogelijk is dat een compensatie voor het feit dat hoogopgeleiden vaker een bezoek brengen aan de specialist. Opvallend is dat uit een internationale vergelijking van de OECD blijkt dat de tandarts ook voor mensen met een smalle beurs (vaak lager opgeleiden) in Nederland goed toegankelijk is; slechts 2% van de mensen met een laag inkomen mijdt de tandarts vanwege de kosten. Gecombineerd met de constatering dat veel meer hoog- dan laagopgeleiden jaarlijks de tandarts bezoeken, zou geconcludeerd kunnen worden dat hoogopgeleiden teveel gebruik maken van mondzorg.

Het is moeilijk om goede informatie te vinden over etnische verschillen in toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit komt doordat allochtone groepen vaak ondervertegenwoordigd zijn in enquêtes. Er is één studie gevonden die verschillen in toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg naar etniciteit beschrijft. In deze studie zijn geen verschillen tussen etnische

groepen gevonden in de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Als in de toekomst in de Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM ook vragen opgenomen worden over zorggebruik, dan zou dat een goede bron kunnen zijn om verschillen in zorggebruik naar etniciteit te onderzoeken.

Naast studies die kijken naar verschillen in zorggebruik gecorrigeerd voor gezondheids-toestand, zijn er ook studies die kijken naar ervaren patiëntgerichte zorg. Dit geeft een ander perspectief van 'equity'. Uit de Consumer Quality (CQ) indexcijfers blijkt dat er geen verschillen worden ervaren in patiëntgerichtheid tussen hoger en lager opgeleiden.

De staat van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen is vaak een goede indicatie voor de staat van de toegankelijkheid voor de hele bevolking. De financiële toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een chronische ziekte of beperking is minder goed dan gemiddeld. Zij geven maandelijks ongeveer 86 euro extra uit aan zorg. Dat is ongeveer 1000 euro op jaarbasis. Vanaf 1 januari 2014 zijn allerlei veranderingen doorgevoerd in het vergoedingensysteem voor deze groep. Het verdient sterke aanbeveling om te monitoren welke gevolgen deze veranderingen hebben voor de financiële toegankelijkheid voor deze groep.

Een andere kwetsbare groep betreft de dak- en thuislozen. Voor hen is de formele toegang van de medische basiszorg redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol. Dat geldt in sterke mate voor de tandartsenzorg. Hier speelt namelijk ook nog een financiële drempel vanwege het feit dat de tandarts niet uit de basisverzekering vergoed wordt.

Tot slot is gekeken naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettige verblijfsvergunning. Hier worden drie groepen onderscheiden: asielzoekers, mensen in vreemdelingenbewaring en ongedocumenteerden ofwel illegalen. Sinds 2009 loopt de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk via de reguliere zorg. Voor deze groep zijn dus formeel geen toegankelijkheidsbarrières. De IGZ heeft in 2013 een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van de zorg voor mensen in vreemdelingenbewaring. De conclusie was dat de medische noodzakelijke zorg voldoende laagdrempelig toegankelijk is en dat de screening bij binnenkomst (binnen 24 uur) zorgvuldig plaatsvindt. Wel zijn er drie punten die aandacht vragen: dossiervoering is gefragmenteerd, beoordeling van de psychische gesteldheid is niet systematisch genoeg en afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen zorgverleners zijn onvoldoende geformaliseerd. De Onderzoeksraad voor Veiligheid constateerde in 2014 dat er geen sprake is van structurele onveiligheid, maar zag wel enkele risico's: benodigde medische informatie is niet altijd beschikbaar, vreemdelingen krijgen niet altijd de benodigde zorg voor hun psychische problemen en bij beslissingen over het vertrek wordt te weinig gekeken naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van medische zorg in het herkomstland. Voor ongedocumenteerden (illegalen) is de gezondheidszorg toegankelijk mits ze de kosten zelf betalen of wanneer de zorg 'medisch noodzakelijk' wordt geacht. In 2009 is een aanpassing gekomen van de Zvw waardoor zorgverleners tot 80% van de oninbare kosten bij kunnen declareren. De facto is hiermee de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor ongedocumenteerden verbeterd.

