



Chronisch zieken en Gehandicapten

September 2006

Dit factsheet is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen met bronvermelding worden gebruikt (H. Calsbeek, Beperkt aantal chronisch zieken heeft problemen met zorgverzekeraar, NIVEL, 2006).

Beperkt aantal chronisch zieken heeft problemen met zorgverzekeraar

Conclusie

Chronisch zieken blijken tot nu toe op beperkte schaal problemen te hebben met hun zorgverzekeraar. Zo heeft minder dan 10% problemen om de zorg die zij ontvangen vergoed te krijgen en krijgt 95% van de mensen een machtiging van de verzekeraar als zij die aanvragen. Wel vindt ruim 20% van de chronisch zieken dat ze voor te veel zorg in het basispakket zelf moeten bijbetalen, bijvoorbeeld voor hun medicijnen. Bovendien vindt bijna de helft het basispakket te 'smal', met name voor de fysiotherapeut en de tandarts.

Achtergrond

Door de nieuwe Zorgverzekeringswet moeten verzekeraars meer op prijs, service en kwaliteit gaan concurreren. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft voor patiënten en consumenten een meldpunt opgezet 'Last van veranderingen in de zorg?'. Om de omvang van de gesignaleerde problemen te onderzoeken is op verzoek van de NPCF in augustus 2006 een telefonische enquête gehouden over de ervaringen met de nieuwe zorgverzekering onder een representatieve groep van ruim 500 mensen met een chronische ziekte, allen lid van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)*.

Mensen met een chronische ziekte maken veel gebruik van de gezondheidszorg. Zij vormen daarmee een extra kwetsbare groep als het gaat om veranderingen in het zorgverzekeringsstelsel. Een eerdere peiling onder de leden van het NPCG (in april/mei 2006) wees uit dat ongeveer een vijfde van de mensen met een chronische ziekte of handicap is overgestapt naar een andere verzekeraar. Dit percentage is vergelijkbaar met dat van de algemene bevolking.

Deze factsheet geeft inzicht in de ervaringen van mensen met een chronische ziekte met hun nieuwe zorgverzekering. Nederland telt naar schatting 1,2 miljoen zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte van 15 jaar of ouder.

Hoe zijn chronisch zieken verzekerd?

De helft van de mensen met een chronische ziekte is

voor ziektekosten verzekerd bij één van de zorgverzekeraars genoemd in tabel 1. De overige ondervraagden hebben hun verzekering ondergebracht bij 39 andere verzekeraars.

Tabel 1: Waar zijn chronisch zieken verzekerd (%)

Agis	10%
CZ	10%
Zilveren Kruis	9%
Menzis	8%
VGZ	7%
Groene Land	7%
Bij 39 andere verzekeraars	49%
TOTAAL	100%

60% zorg in natura

De meeste mensen met een chronische ziekte zeggen te hebben gekozen voor een 'zorg in natura' polis (59%), 24% heeft een mengvorm van een restitutiepolis en zorg in natura en 14% heeft een restitutiepolis. Drie procent gaf aan het type polis niet te weten.

9% geen inzicht in gecontracteerde zorgaanbieders

Ruim driekwart (78%) van de ondervraagde mensen met een chronische ziekte met een naturapolis weet niet welke zorgaanbieders zoal door de eigen zorgverzekeraar gecontracteerd zijn. Een ruime meerderheid hiervan weet wel of hun eigen zorgverleners gecontracteerd zijn door hun zorgverzekeraar. Negen procent van de chronisch zieken weet niet of hun eigen zorgverlener is gecontracteerd en heeft bovendien geen idee hoe men dit zou kunnen opzoeken.

91% geen problemen met vergoeding van zorg

Het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte (91%) heeft tot nu toe geen problemen ondervonden met de vergoeding van zorg (tabel 2). Negen procent heeft wel problemen gehad. Meestal hebben deze te maken met het feit dat de zorg niet of gedeeltelijk werd vergoed (in ruim de helft van de gevallen). Hiervan was ongeveer een kwart van te voren op de hoogte. Ook liet de uitbetaling vaak lang op zich wachten (in ongeveer een vijfde van de gevallen).

Dat verschilt overigens niet statistisch significant tussen de verschillende typen polissen.

Tabel 2: Problemen met vergoeding van zorg, naar polisvorm (%)

Problemen met vergoeding van zorg	Type polis			Totaal
	Zorg in natura n=298	Restitutie n=69	Mengvorm n=121	
Nee	91,9	88,4	88,4	90,6
Ja	8,1	11,6	11,6	9,4
TOTAAL	100%	100%	100%	100%

95% ontvangt gevraagde machtiging

Twaalf procent had een machtiging nodig voor bepaalde zorg (tabel 3), meestal voor medicijnen, voor een bezoek aan een medisch specialist of paramedische zorg of voor hulpmiddelen. Er is geen statistisch significant verschil tussen verschillende polistypen.

Tabel 3: Machtiging nodig gehad voor bepaalde zorg, naar polisvorm (%)

Machtiging nodig gehad	Type polis			Totaal
	Zorg in natura n=298	Restitutie n=69	Mengvorm n=121	
Nee	86,9	92,8	89,3	88,3
Ja	13,1	7,2	10,7	11,7
TOTAAL	100%	100%	100%	100%

Overigens wist tweederde van de respondenten vooraf dat een machtiging nodig was. Gemiddeld duurde het ongeveer 2,5 week (spreiding 1-9 weken) voordat men bericht kreeg van de verzekeraar. Bijna altijd (95%) werd de machtiging verleend.

10% verwacht bijbetaling voor niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Van de ondervraagde chronisch zieken met een naturapolis denkt 10% te moeten bijbetalen in het geval zij zorg wensen van een zorgaanbieder die geen contract heeft met hun zorgverzekeraar. Een kwart denkt van niet, en 65% weet het niet.

Vervolgens is aan degenen die (denken dat zij) moeten bijbetalen gevraagd of ze daarom uitsluitend naar gecontracteerde zorgaanbieders (zullen) gaan. Hierop antwoordde bijna de helft bevestigend. Veertig procent denkt niet dat dit hun keus beïnvloedt; dit is afhankelijk van het type zorg en de bereikbaarheid van de zorgaanbieder. Tien procent weet het niet.

11% betaalt bij aan medicijnen

Meer dan de helft van de ondervraagde mensen met een chronische ziekte (54%) vindt niet dat er veel zorg in het basispakket is waarvoor een eigen bijdrage geldt. Een kwart weet het niet (24%) en ruim een vijfde is van mening dat er wel veel zorg is waarvoor men een eigen bijdrage moet betalen (22%). Aan deze groep is vervolgens gevraagd om welke zorg het dan gaat. Meestal gaat het om medicijnen (tabel 4).

Tabel 4: Meest genoemde zorg uit basispakket met een eigen bijdrage (%)¹

Medicijnen	11%
Tandarts	6%
Hulpmiddelen	5%
Fysiotherapie	2%
Andere paramedici	2%

¹ % betreffen totale groep, meerdere antwoorden waren mogelijk

46% vindt basispakket te smal

Bijna de helft van de ondervraagden (46%) is van mening dat er veel zorg is die niet (gedeeltelijk) gedekt wordt door het basispakket. Bijna een derde vindt dat het basispakket wel voldoende zorg dekt (29%) en een kwart heeft hierover geen mening. Aan degenen die vinden dat er voor veel zorg geen (gedeeltelijke) basisdekking is, is vervolgens gevraagd welke zorg men mist in het basispakket. Het blijkt dat vooral tandartszorg en fysiotherapeutische zorg worden gemist. Tabel 5 geeft een overzicht van de meest genoemde zorgvormen die mensen met een chronische ziekte graag in het basispakket zouden willen hebben. Alternatieve zorg is meestal homeopathische zorg, andere hulpmiddelen zijn bijvoorbeeld gehoorapparaten of steunzolen.

Tabel 5: Welke zorg graag (meer) in basispakket (%)¹

Tandarts	23%
Fysiotherapie	21%
Alternatieve zorg	5%
Bril, lenzen	5%
Andere hulpmiddelen	3%
Medicijnen	3%

¹ % betreffen totale groep, meerdere antwoorden waren mogelijk

* Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) bestaat uit ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen met een chronische somatische ziekte of lichamelijke beperking van 15 jaar of ouder. Het NPCG wordt uitgevoerd door het NIVEL, met subsidie van de ministeries van VWS en SZW. Voor meer informatie: NIVEL, mw. H. Calsbeek, tel. 030-2729761 of email h.calsbeek@nivel.nl.

Zie ook: www.nivel.nl/stelselwijziging voor actuele feiten en cijfers over bedoelde en onbedoelde effecten van de stelselwijziging.