

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

datum Utrecht, 14 juni 2023
ons kenmerk 2023-37
voor informatie Winny Toersen w.toersen@patientenfederatie.nl 06-22200863
onderwerp **Commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel 21 juni**

Geachte leden van de commissie VWS,

Binnenkort spreekt u over het Zorgverzekeringsstelsel. Patiëntenfederatie Nederland geeft u in deze brief graag een aantal belangrijke verbeterpunten mee.

1. Vooraf duidelijkheid over (on)gecontracteerde zorg

Informatie van verzekeraars en zorgaanbieders over welke zorg in welke polis vergoed wordt schiet tekort. Uit onderzoek¹ van de Patiëntenfederatie blijkt dat mensen vaak niet weten dat hun zorgverzekeraar geen contract heeft met hun zorgverlener. Een aanzienlijk deel van hen zou een andere keuze gemaakt hebben als ze dit vooraf wel hadden geweten. Ook blijkt dat meer mensen zich vanwege de kosten minder uitgebreid verzekeren, maar onvoldoende op de hoogte zijn van de risico's. De Patiëntenfederatie pleit voor betere voorlichting en informatie richting verzekerden. Zowel op het moment dat verzekerden een verzekering kiezen, als op het moment dat een zorgtraject start.

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) zijn verbeterafspraken² gemaakt voor het goed informeren en faciliteren van mensen bij het maken van keuzes voor een zorgverlener of zorgpolis. De Patiëntenfederatie is betrokken bij deze verbeterplannen en wil merkbare verbeteringen voor verzekerde patiënten. Het overstapeseizoen staat al weer snel voor de deur. Dus is het belangrijk dat vaart gemaakt wordt om verbeteringen te realiseren en dat de minister vinger aan de pols houdt.

>Hoe monitort en bevordert de minister dat de verbeterafspraken voor komend overstapeseizoen tijdig leiden tot merkbare resultaten voor verzekerde patiënten?

2. Laat het verzekerd pakket aansluiten bij passende zorg voor de patiënt

Om in het verzekerde pakket te komen, geldt dat zorg bewezen effectief moet zijn. De minister wil dat uitbreiden met meer criteria en deze niet alleen gebruiken voor toelating maar ook het bestaande pakket hierop toetsen. Ook moet pakketbeheer aansluiten bij de waarden van 'passende zorg'. Wij zien daarbij risico's³. Bij de totstandkoming van het verzekerde pakket is er nu al vaak discussie over de eisen aan wetenschappelijk bewijs en het absoluut toepassen in het pakketbeheer. Toevoeging van criteria maakt de weging nog ingewikkelder. Met het risico dat zorg die meer complex is, en waarbij het effect veel lastiger te bewijzen is o.a. door kleine patiëntgroepen, nog minder kans maakt om toegelaten te worden tot het verzekerd pakket. En bij toetsing van het bestaande pakket op meer kans om te worden geschrapt.

De Patiëntenfederatie vindt dat passende zorg uit moet gaan van toegevoegde waarde voor patiënten. Voorkom dat het Zorginstituut de eisen van wetenschappelijk bewijs in het pakketbeheer

¹ Onderzoek 'Informatie over ongecontracteerde zorg schiet tekort, risico op hoge zorgrekening' Patiëntenfederatie NL

² Kamerbrief over voortgang verbeteren contracteerproces - 12 juni 2023

³ Passende zorg of 'one size fits all'-zorg, Catrien Schimmelpenninck in Medisch Contact – 16 februari 2023

te absoluut toepast. Zorg dat de praktijk en context van patiënten voldoende worden meegewogen bij de toets op het basispakket. En voorkom dat passende zorg eenzijdig vanuit kostenbeheersing wordt ingericht en enkel leidt tot minder vergoeden en minder zorg leveren. Patiënten moeten kunnen rekenen op goede en passende zorg die rondom en samen met de patiënt tot stand komt. Het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket moet daar aan bijdragen.

>Hoe zorgt de minister dat pakketbeheer wordt ingericht vanuit passende zorg en meerwaarde voor patiënten? En hoe borgt hij dat in de pakketcriteria en de weging daarvan ook de praktijk en context van patiënten voldoende meegewogen worden?

>Is de minister bereid om zorg die (nog) niet als effectief kan worden aangemerkt en waarvan tegelijkertijd niet is aangetoond dat het gaat om niet-effectieve zorg, tot verzekerde zorg te blijven rekenen totdat meer inzicht is verkregen over effectiviteit?

3. Concrete aanpak stapeling zorgkosten

Steeds meer mensen hebben te maken met ongewenste stapeling van zorg- en meerkosten door hun beperking of chronische aandoening. Uit eerder onderzoek weten we al dat vanwege te hoge kosten mensen noodzakelijke zorg mijden, ze meer pijn en/of ernstigere klachten krijgen en kunnen minder deelnemen aan de samenleving⁴. Mensen weten lang niet altijd dat en hoe ze gebruik kunnen van verzachtende regelingen en hulp. Al langer pleit de Patiëntenfederatie voor een duurzame aanpak om de stapeling van zorgkosten en meerkosten te verminderen en regelingen te versimpelen⁵. Het kabinet kondigde eerder dit jaar monitoring van eigen bijdragen aan⁶. Bedoeld om meer inzicht te krijgen in de verschillende eigen betalingen over de stelselwetten heen en de overlap tussen verschillende eigen betalingen.

Tegelijkertijd staan eerdere maatregelen, bedoeld om stapeling van zorgkosten te verminderen, ineens ter discussie of worden teruggedraaid. Zo wil het kabinet het abonnementstarief in de Wmo afschaffen. En het is opnieuw onzeker of patiënten in 2024 kunnen rekenen op maximering van eigen betalingen voor geneesmiddelen uit het GVS. Dit raakt mensen in een kwetsbare positie en draagt niet bij aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Het kabinet zou meer vaart moeten maken om te voorkomen dat steeds meer mensen de kosten van zorg en bijkomende meerkosten niet meer kunnen opbrengen. We pleiten voor concrete maatregelen waarmee de zorg voor iedereen, zowel op korte termijn als langere termijn, toegankelijk en betaalbaar blijft.

>Wilt u de minister vragen hoe en wanneer hij de stapeling van zorgkosten concreet gaat aanpakken zodat voor mensen de toegang tot zorg nog dit jaar merkbaar verbetert?

4. Schaf het vrijwillig eigen risico af en verlaag het verplicht eigen risico

De Patiëntenfederatie pleit al langer voor het substantieel verlagen van het verplichte eigen risico en voor het afschaffen van het vrijwillig eigen risico. Dat zorgt voor meer eenvoud, een lagere toegangsdrempel tot zorg en betere risicosolidariteit. Uit onderzoek⁷ blijkt dat mensen zonder vrijwillig eigen risico meebetalen aan de premiekorting voor mensen met een hoog vrijwillig eigen risico en dikwijls weinig zorgkosten. En onder verzekerden die nu wel kiezen voor een vrijwillig eigen

⁴ Binnenkort volgt publicatie van ons recente onderzoek naar ervaringen met stapeling van zorgkosten

⁵ [Pak stapeling zorgkosten aan, Patiëntenfederatie NL- juni 2022](#)

⁶ [Kamerbrief Aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen 23/12](#)

⁷ [Onderzoek Vrijwillig eigen risico, Equalis - februari 2023](#)

risico, lijkt er ook draagvlak voor het afschaffen van het vrijwillig eigen risico. Wat ons betreft is het hoog tijd om het vrijwillig eigen risico af te schaffen.

>Kan de minister aangeven wat er nodig is om het vrijwillig eigen risico af te schaffen en het verplichte eigen risico substantieel te verlagen? En per wanneer afschaffen en/of verlagen op zijn vroegst mogelijk is?

5. Verbeter toegang tot fysiotherapie ook op korte termijn

Het is bekend dat veel mensen met een chronische aandoening of beperking baat ervaren bij fysio- of oefentherapie. Niet alleen bij herstel, maar ook om hun dagelijks leven zo goed mogelijk te kunnen leiden en bij het beperken van achteruitgang. Maar het aantal behandelingen dat vanuit de basisverzekering wordt vergoed is vooralsnog beperkt. Verzekerden moeten de eerste 20 behandelingen zelf betalen en kunnen daarna pas in aanmerking komen voor vergoeding. Al sinds 2017 wordt nagedacht en onderzocht of de aanspraak op fysiotherapie anders kan worden ingericht.

Momenteel worden er door veldpartijen samen met het Zorginstituut goede stappen⁸ gezet. Maar de beoogde eindstreep van 2025 lijkt ambitieus. Daarom is het redelijk om ter overbrugging de toegang tot fysiotherapie met ingang 2024 te verbeteren. Zo maakt de valpreventie beweeginterventie met ingang van 2024 deel uit van het basispakket en worden ook de eerste 20 behandelingen vanuit de basisverzekering vergoed. Patiëntenfederatie roept op om dat ook voor de andere aandoeningen en situaties, zoals opgenomen in de zogenaamde chronische lijst, per 2024 te regelen.

>Is de minister bereid om, ter overbrugging van de herziening van de aanspraak fysiotherapie, vanaf 2024 ook de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor aandoeningen en situaties zoals vermeld op de chronische lijst uit de basisverzekering te vergoeden?

We vragen u de punten uit onze brief naar voren te brengen in het Commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel op 21 juni. Mocht u vragen hebben naar aanleiding van deze brief, dan zijn we graag beschikbaar.

Met vriendelijke groet,



Dianda Veldman
Patiëntenfederatie Nederland

⁸ [Kamerbrief adviesrapport Zorginstituut over passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg - 1 juni 2023](#)