

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 960

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 februari 2019

Op 22 januari jl. heeft het lid Hijink (SP) mij om een reactie gevraagd op het bericht «»Nijmeegse huisarts Hanneke: zorg te duur voor minima, levensgevaarlijk«» (Handelingen II 2018/19, nr. 43, item 24). De huisarts uit het artikel is werkzaam in een wijk waar veel mensen met een minimum-inkomen wonen. Volgens haar krijgen deze mensen steeds vaker niet de zorg die ze nodig hebben, omdat ze ervoor moeten betalen en dat niet kunnen. Volgens het artikel liggen er drie oorzaken aan de geschetste problematiek ten grondslag: 1) het eigen risico, 2) mensen met een minimuminkomen sluiten geen aanvullende verzekering af en 3) vervoerskosten. Graag ga ik op deze punten in.

Het eigen risico

Het verplicht eigen risico is nodig voor het op macroniveau betaalbaar houden van de zorg. Ook maakt het mensen bewust van de kosten van zorg. Het is ongewenst als mensen vanwege het eigen risico noodzakelijke zorg mijden. Daarom zijn er zowel op landelijk als gemeentelijk niveau verschillende maatregelen genomen.

Zo worden mensen met een laag inkomen via de zorgtoeslag grotendeels gecompenseerd voor het eigen risico. Ook zijn specifieke zorgvormen, waaronder huisartsenzorg, zorg voor 18-minners en ketenzorg bij bijvoorbeeld diabetes, uitgezonderd van het eigen risico. Verder komen er specifieke zorgvormen in aanmerking voor een fiscale aftrek (de specifieke zorgkosten) en bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast bieden gemeenten meerkostenregelingen en/of bijzondere bijstand aan mensen met hoge zorgkosten aan en/of hebben gemeentelijke collectiviteiten met regelingen voor het eigen risico. Verzekerden met een laag inkomen hebben dan bijvoorbeeld de mogelijkheid om het eigen risico via de aanvullende verzekering te herv verzekeren. Verzekerden die hiervoor kiezen worden gedurende het jaar niet met het eigen risico geconfronteerd.

Verzekerden uit Nijmegen met een laag inkomen hebben de keuze uit verschillende gemeentepolissen. Hierbij kunnen zij ook kiezen voor een

uitgebreide aanvullende verzekering die niet alleen dekking biedt voor bijvoorbeeld fysiotherapie, tandheelkundige hulp en hulpmiddelen, maar waarin ook het eigen risico is meeverzekerd. De gemeente verstrekt voor deze verzekering een maandelijkse bijdrage en er geldt geen medische selectie.

Beperken stapeling zorgkosten

Het kabinet hecht groot belang aan betaalbare zorg voor iedereen. Daarom heeft het kabinet, bovenop bovengenoemde reeds bestaande instrumenten – een breed pakket aan maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten te beperken in de Zvw, Wlz en de Wmo. Eén van die maatregelen betreft het bevriezen van het eigen risico. Zonder aanvullend beleid zou het eigen risico komende jaren namelijk nog flink zijn gestegen. Voor een toelichting op deze maatregelen verwijs ik nu naar mijn brief van 17 november 2017 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken 34 104 en 29 538, nr. 199).

Informatievoorziening over compensatiemaatregelen

Het hebben van compensatiemaatregelen is een eerste stap, maar vervolgens moeten mensen hier ook van op de hoogte zijn. Dit heeft mijn voortdurende aandacht. In augustus jl. heb ik de resultaten van het Nivel-onderzoek naar het kennisniveau van verzekerden over de eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), waaronder kennis over de compensatiemaatregelen, naar uw Kamer gestuurd (Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 935). Daaruit bleek dat het kennisniveau van verzekerden goed is en over de jaren ook stijgt. Vooral de zorgtoeslag is ruim bekend, in het bijzonder bij lagere inkomens. Er was echter ook nog ruimte voor verbetering in de bekendheid. Ik heb toen een nieuwe informatiecampagne (via social media) aangekondigd, waarbij ik me voornamelijk richt op mensen met een laag inkomen en/of laag opleidingsniveau. Deze campagne vindt momenteel plaats.

Er is mogelijk een groep verzekerden die zich niet vanzelf bij de gemeente meldt, omdat zij niet goed op de hoogte zijn van de compensatiemaatregelen die gemeenten kunnen bieden. Het gaat hierbij vooral om huishoudens met (een bredere) financiële problematiek. Gemeenten hebben tal van initiatieven ontwikkeld om deze groep te bereiken. Zo komen gemeenten bijvoorbeeld via de budgetsupermarkt, de apotheker, het zwembad en de bibliotheek in aanraking met potentiële cliënten (Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 846). Ik roep gemeenten op om dit soort goede initiatieven voort te zetten.

De aanvullende verzekering

Mensen hebben de vrijheid om al dan niet een aanvullende verzekering te kiezen. In Nederland heeft circa 84 procent van alle verzekerden hiervoor gekozen.¹

In het artikel schetst de huisarts dat vrijwel geen van haar patiënten een aanvullende verzekering heeft en hierdoor afziet van fysiotherapie.²

Mensen met een laag inkomen hebben echter vaak de mogelijkheid om te kiezen voor een gemeentepolis die bestaat uit een basisverzekering en

¹ Vektis. 2018. Verzekerden in beeld 2018. Inzicht in het overstapeseizoen.

² De eerste 20 behandelingen fysiotherapie zijn voor verzekerden van 18 jaar of ouder wel in het basispakket Zvw opgenomen bij: claudicatio intermittens (etalagebenen), artrose aan heup- of kniegewricht en (ernstige) COPD. Het aantal behandelingen is wel gemaximeerd; er worden niet meer behandelingen vergoed dan waarvoor effectiviteit aantoonbaar is volgens advies Zorginstituut).

aanvullende verzekering, waarbij de gemeente een premiebijdrage verstrekt. In 2018 hebben ruim 715.000 mensen met een laag inkomen voor een gemeentepolis gekozen.³ Ook de gemeente Nijmegen verstrekt een dergelijke gemeentepolis.

Verder kunnen mensen die geen aanvullende verzekering hebben afgesloten, maar in verband met hun ziekte wel fysiotherapie nodig hebben, deze kosten onder bepaalde voorwaarden aftrekken van hun belastingen. Dit heet «de specifieke zorgkosten».

Vervoerskosten

De huisarts geeft aan dat verzekerden ook te maken kunnen krijgen met hoge vervoerskosten. Graag wijs ik u op de vergoedings- en compensatiemogelijkheden van vervoerskosten. De basisverzekering vergoedt onder specifieke voorwaarden⁴ ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer. Hiervoor geldt voor 2019 een jaarlijkse eigen bijdrage van 103 euro. Mensen die vanwege hun ziekte/aandoening hoge vervoerskosten hebben, maar deze kosten niet vergoed krijgen vanuit de basisverzekering, kunnen deze kosten onder bepaalde voorwaarden aftrekken van hun belastingen.

Tot slot

In het artikel wordt het inkomensafhankelijk maken van de zorg als oplossing aangedragen. Hier merk ik graag over op dat de Zvw voor een belangrijk deel inkomensafhankelijk is. Zo betalen mensen met een hoog inkomen een hogere inkomensafhankelijke bijdrage dan lage inkomens en biedt de zorgtoeslag inkomensafhankelijke compensatie voor de lage(re) inkomens. Ook zijn er verschillende compensatiemaatregelen (zoals hiervoor besproken) die zich specifiek op de lage inkomens richten. Lage inkomens met gemiddelde zorgkosten betalen voor de Zvw in 2019 gemiddeld 120 euro minder dan dat zij in 2005 (ten tijde van het ziekenfonds) deden. Met de huidige vormgeving en hoogte van het eigen risico wordt een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid die van de verzekerde kan worden gevraagd en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd kan worden.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

³ NZa. 2018. Monitor zorgverzekeringen 2018; Kamerstuk 29 689, nr. 939.

⁴ Dit is het geval indien iemand nierdialyses in een instelling moet ondergaan, oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie nodig heeft, zich alleen per rolstoel kan verplaatsen, slecht ziet en zich hierdoor alleen met begeleiding kan verplaatsen, gebruik maakt van vervoer van en naar consulten, onderzoek en controles die nodig zijn voor de oncologische behandelingen, nierdialyses en vergelijkbare situaties die onder de hardheidsclausule vallen. Vaak is wel eerst toestemming van de zorgverzekeraar nodig.