

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

datum	Utrecht, 11 juni 2024
ons kenmerk	2024-24
voor informatie	Winy Toersen <a href="mailto:w.toersen@patientenfederatie.nl">w.toersen@patientenfederatie.nl</a> 06-22200863
onderwerp	<b>Commissiedebat Zorgverzekeringsstelsel 19 juni</b>

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. Maak een einde aan telkens terugkerende en stapelende zorgkosten**

Patiëntenfederatie Nederland pleit al langer<sup>1</sup> voor een duurzame aanpak om de stapeling van zorgkosten te verminderen en regelingen te versimpelen. We zijn blij dat er aandacht is voor de oplopende zorgkosten waar veel mensen mee te maken hebben. Zo worden eigen betalingen door VWS gemonitord<sup>2</sup> en er zijn voornemens om het eigen risico te halveren. Maar dat biedt nog onvoldoende oplossingen voor mensen die door hun beperking of chronische aandoening steeds opnieuw te maken hebben met stapeling van zorg- en meerkosten. Ze krijgen vaker noodzakelijke zorg, krijgen meer pijn en/of ernstigere klachten en kunnen minder deelnemen aan de samenleving.

Mensen met een beperking of chronische aandoening hebben naast het eigen risico vaak te maken met veel andere zorg- en meerkosten. Dat geldt ook voor (thuiswonende) mensen die zorg uit de Wlz krijgen die volgens de monitor de hoogste (stapeling van) zorgkosten hebben. Bijkomende zorgkosten, zoals voor de zorgpremie, aanvullende verzekeringen, zelfzorgmiddelen, fysiotherapie en mondzorg worden nu onvoldoende meegenomen in de monitoring door VWS. En meerkosten voor vervoer, voeding en energie blijven daarin ook buiten beeld. In de plannen van het aanstaande Kabinet ontbreken concrete maatregelen om de stapeling van kosten voor mensen met een (chronische) aandoening of beperking te beperken. Er zijn plannen om het Wmo-abonnementstarief af te schaffen. Het is onduidelijk of de eigen bijdrage voor GVS-geneesmiddelen in 2025 opnieuw wordt gemaximeerd. Vitamine D en steeds meer andere zelfzorgmiddelen worden niet meer vergoed. Deze middelen kosten wellicht niet veel, maar vormen voor mensen met chronische aandoeningen die deze middelen langdurig en intensief moeten gebruiken een extra kostenpost.

We roepen het huidige en het toekomstige kabinet om de stapeling van zorg- en meerkosten voor mensen met een chronische aandoening of beperking merkbaar te verminderen.

We pleiten daarbij voor deze concrete maatregelen:

**-Verbeter de monitor Stapeling eigen bijdragen;** breng de zorg- en meerkosten voor mensen met een chronische aandoening of beperking completer in beeld. Koppel daaraan een aanpak om de stapeling voor hen merkbaar te verminderen. Doe dat ook voor mensen met zorg uit de Wlz.

**-Behoud het Wmo-abonnementstarief;** zorg dat begeleiding, dagbesteding, respijtzorg en hulpmiddelen laagdrempelig beschikbaar blijven vanwege de grote meerwaarde voor mensen in een kwetsbare positie. Voer alleen een eigen bijdrage in voor enkelvoudige huishoudelijke hulp.

<sup>1</sup> [Koepels waarschuwen: patiënten kunnen zorgkosten niet meer betalen \(patientenfederatie.nl\)](https://www.patientenfederatie.nl/koepels-waarschuwen-patiënten-kunnen-zorgkosten-niet-meer-betalen)

<sup>2</sup> [Kamerbrief Analyse monitor Stapeling eigen bijdragen, mei 2024](#)

**-Verbeter de toegang tot fysiotherapie en mondzorg;** vergoed, in lijn met het advies van het Zorginstituut<sup>3</sup>, met ingang van 2025 ook de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor mensen met aandoeningen op de chronische lijst. En zorg met duurzame, landelijke maatregelen dat basismondzorg voor iedereen laagdrempelig beschikbaar en betaalbaar is.

**-Continueer in 2025 de maximering van de eigen bijdrage voor GVS-geneesmiddelen;** de huidige regeling loopt in 2024 af. Voorkom dat patiënten in 2025 geconfronteerd worden met (zeer) hoge eigen bijdragen voor geneesmiddelen en besluit tijdig over verlenging van de regeling in 2025.

**>Wilt u de huidige en toekomstige bewindspersonen oproepen concrete maatregelen te nemen om de stapeling van zorg- en meerkosten voor mensen met een chronische aandoening of beperking merkbaar te verminderen?**

**>Kan de minister op korte termijn duidelijkheid geven over maximering van de eigen bijdrage voor GVS-geneesmiddelen en vergoeding van de eerste 20 behandelingen fysio- en oefentherapie voor zorg op basis van de chronische lijst in 2025?**

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

Patiëntenorganisaties ervaren regelmatig dat het verzekerde pakket onvoldoende bijdraagt aan passende zorg voor patiënten. Zorg die patiënten wel helpt of zou kunnen helpen wordt desondanks niet vergoed uit het basispakket. Vaak omdat wetenschappelijk bewijs ontbreekt of de patiëntgroep te klein is om in aanmerking te komen voor onderzoek. Of omdat de zorg als niet noodzakelijk te verzekeren zorg is beoordeeld of niet als 'zorg' wordt aangemerkt volgens de Zorgverzekeringswet; zoals preventie of bepaalde vormen van digitale zorg. Mensen met zeldzame aandoeningen zijn bij pakketafwegingen bijna altijd in het nadeel. De Patiëntenfederatie vindt dat passende zorg meer uit moet gaan van toegevoegde waarde voor patiënten. Inmiddels hanteert het Zorginstituut een Kader passende zorg<sup>4</sup>. Dat biedt hoop op toegang tot zorg die beter aansluit op behoeften van patiënten, maar daar merken patiënten nu nog weinig van. Het is belangrijk dat de praktijk en context van patiënten bij de toets op het basispakket consequent en goed worden meegenomen.

**>Welke mogelijkheden ziet de minister om de praktijk en context van patiënten beter mee te laten wegen in de toelating van zorg tot het verzekerde pakket?**

## **3. Bied verzekerden tijdig heldere informatie en behoud ruimte voor keuze**

Mensen willen op tijd terecht kunnen bij een zorgaanbieder die kwalitatief goede zorg biedt en vooraf weten op welke vergoeding en/of bijbetaling ze kunnen rekenen. Uit onderzoek<sup>5</sup> blijkt ook dat mensen het belangrijk vinden om zelf een zorgverlener te kunnen kiezen en daarom bewust voor een restitutiepolis kiezen. In het afgelopen overstapeseizoen kregen we diverse signalen van mensen die problemen ondervonden door het stopzetten van hun restitutiepolis.

Welke polis iemand ook kiest; het is belangrijk dat mensen tijdig duidelijke en toegankelijke informatie hebben over (niet-)gecontracteerde zorg, kwaliteit van zorgaanbieders, wachttijden, kosten en voorwaarden. En dat die informatie door het hele jaar te vinden is, in ieder geval bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt gewerkt aan betere uitleg over gecontracteerde zorg. Daarnaast is het belangrijk om te kijken hoe mensen meer

---

<sup>3</sup> [Kamerbrief over voortgang traject passende aanspraak fysio- en oefentherapie, april 2024](#)

<sup>4</sup> [Kader Passende zorg | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>5</sup> [Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt, ACM, april 2024](#)

op maat, tijdig geïnformeerd kunnen worden over gecontracteerde zorg en wat dat betekent in hun situatie<sup>6</sup>. Dat vraagt om doorontwikkeling van bestaande algemene informatie. Bied mensen ook de mogelijkheid om problemen met (niet-)gecontracteerde zorg eenvoudig te kunnen melden. En behoud de mogelijkheid om voor een restitutiepolis te kunnen kiezen.

**>Welke mogelijkheden ziet de minister om informatie over (niet-) gecontracteerde zorg, wachttijden en kwaliteit verder te verbeteren en mensen daarbij tevens mogelijkheid te bieden om knelpunten eenvoudig te kunnen melden?**

**>Hoe kijkt de minister naar de terugloop van restitutiepolissen en welke mogelijkheden ziet ze om de meerwaarde en keuzemogelijkheden voor verzekerden te waarborgen?**

#### **4. Bied verzekerden meer eenvoud bij de keuze van een polis**

Voor verzekerde patiënten is het vaak niet gemakkelijk om te kiezen uit de veelvoud aan zorgpolissen. Verschillen in preferentie- en machtigingenbeleid, hulpmiddelenreglementen of de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg zijn vaak niet goed te overzien en niet eenvoudig te vergelijken. Voor mensen die chronisch zorg nodig hebben is overstappen naar een andere verzekering of polis vaak niet gemakkelijk. Zij denken wel drie keer na voordat ze overstappen. Je weet immers wat je hebt, maar niet wat je krijgt bij een andere polis/verzekeraar. Daarnaast ervaren patiënten de samenloop<sup>7</sup> van het eigen risico en eigen bijdragen ook als ingewikkeld en oneerlijk.

Patiëntenfederatie Nederland pleit voor meer eenvoud bij het kiezen van een zorgpolis door het zoveel mogelijk hanteren van dezelfde voorwaarden en bijbehorende uitleg. Zodat iedereen, of je nu wel of geen zorgkosten hebt, eenvoudiger kan kiezen voor een passend zorgpolis. En voorkom dat mensen 'dubbel betalen' voor de dezelfde zorg; laat zorg met een eigen bijdrage, niet ook meetellen voor het eigen risico.

**>Welke mogelijkheden ziet de minister om voorwaarden en informatie te harmoniseren en te zorgen dat verzekerden eenvoudiger kunnen kiezen voor een passende polis?**

**>Ziet de minister mogelijkheden om de samenloop van eigen bijdragen en eigen risico aan te passen zodat mensen niet het gevoel hebben dat ze 'dubbel betalen'?**

We vragen u, mede namens Ieder(in), om de punten uit deze brief te betrekken bij het commissiedebat. We zijn uiteraard graag beschikbaar voor nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,



Arthur Schellekens  
Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

---

<sup>6</sup> Zie ook [onderzoek informatievoorziening niet-gecontracteerde zorg](#)

<sup>7</sup> Als voor zorg zowel een eigen bijdrage geldt, en de kosten van deze zorg ook meetellen voor het eigen risico