

Bruno Bruins

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Den Haag

Daniëlle Willemse-Duijmelinck

beleidsmedewerker, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Den Haag

Mieke Reuser

beleidsmedewerker, ministerie van VWS, Den Haag, universitair docent, Erasmus universiteit, Erasmus School of Health Policy and Management, Rotterdam

MINISTER BRUINS ONTKRACHT DRIE MISVERSTANDEN OVER DE ZORGVERZEKERING

Klaarheid over het zorgstelsel

Aan het eind van het jaar staat op menig to-dolijstje: zorgverzekeraar kiezen. Over de zorgverzekering leven een paar hardnekkige misverstanden. Minister Bruno Bruins e.a. leggen uit dat die veronderstellingen niet kloppen.

Voor mensen met een laag inkomen was het ziekenfonds veel beter', 'Het basispakket wordt steeds kleiner!' en 'Geld voor de zorg blijft aan de strijkstok van zorgverzekeraars hangen!' Dit zijn veelgehoorde uitspraken over de Zorgverzekeringswet, zeker in een periode waarin velen zich weer buigen over de vraag bij welke verzekeraar een dure zorgverzekering af te sluiten. Maar kloppen deze veronderstellingen ook? Het antwoord is nee. Het zijn hardnekkige misverstanden. En dat is jammer, want ze staan de discussie over wat beter kan soms onnodig in de weg.

Misverstand 1:

Voor mensen met een laag inkomen was het ziekenfonds veel beter.

Er wordt soms met weemoed teruggedacht aan de tijd van het ziekenfonds. Er is echter niet voor niets een omslag gemaakt naar het huidige stelsel. Ten tijde van het ziekenfonds was sprake van tweedeling in de zorg tussen particulier en ziekenfondsverzekerden, waren er weinig keuzemogelijkheden voor verzekerden en bestonden er lange wachtlijsten. Met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 kwam er één verplichte basisverzekering voor alle verzekerden en hebben verzekerden jaarlijks de mogelijkheid een andere zorgverzekering te kiezen. Bovendien wordt vaak ten onrechte gesuggereerd dat lage inkomens nu veel meer

betalen dan tijdens het ziekenfonds. Feit is echter dat de groep met de laagste inkomens nu per saldo gemiddeld ruim 120 euro per jaar minder betaalt aan de ziektekostenverzekering dan in de tijd van het ziekenfonds, ondanks de stijging van de zorguitgaven en het eigen risico. In 2005 betaalden zij gemiddeld nog 544 euro aan premie en no-claim (de voorloper van het eigen risico), terwijl zij in 2020 per saldo gemiddeld 392 euro aan premies en eigen risico betalen (zie *figuur*). Dit komt doordat lage inkomens compensatie ontvangen via de zorgtoeslag.

Misverstand 2:

Er wordt enorm op de zorg bezuinigd, het basispakket wordt steeds kleiner.

De meeste mensen denken dat het basispakket langzaam wordt uitgekleeft en dat met de toenemende zorgpremie dit een manier is om te bezuinigen op de zorg. Dat is een misverstand.

Alleen al in deze kabinetsperiode is 16,7 miljard euro meer beschikbaar gekomen voor de zorg. Dit komt voor een groot deel door stijging van lonen en prijzen in de zorg: de prijzen in de zorg stijgen namelijk harder dan gemiddelde prijzen en bovendien is zorg arbeidsintensief. Daarnaast maken we meer gebruik van zorg: we zijn met steeds meer mensen die ook gemiddeld ouder worden. Het is dus een groot misverstand dat er flink op de zorg wordt bezuinigd.

Er is altijd veel aandacht in de publiciteit

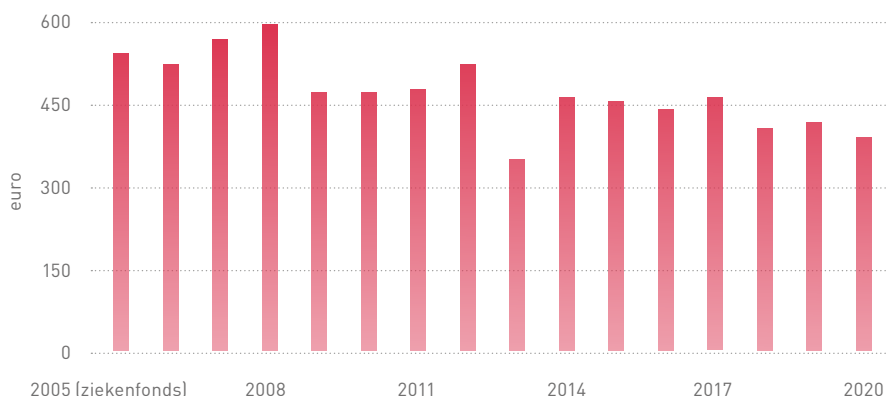
voor de zorgvormen die niet (langer) in het basispakket zijn opgenomen. Denk aan het niet meer vergoeden van de anticonceptiepil, rollator of – sinds dit jaar – vitamines. Terwijl feitelijk de vitamines de enige pakketbeperking sinds 2013 zijn. Maar door deze publiciteit ontstaat de indruk dat het basispakket jaar in jaar uit wordt uitgedund. Ook omdat er minder oog is voor de zorgvormen die in het basispakket instromen. Het basispakket is een open pakket. Dat betekent dat het over-

Het is een groot misverstand dat er flink op de zorg wordt bezuinigd

grote deel van de behandelingen, geneesmiddelen en technologieën automatisch instromen zodra zij effectief bevonden zijn en voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Denk hierbij aan het gebruik van een kunsthart, nieuwe stamceltherapieën of behandeltechnieken voor een herseninfarct. Maar ook digitale innovaties (bijvoorbeeld Hartwacht en COPD in beeld) en instroom van nieuwe geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden



Gemiddeld bedrag dat de laagste inkomens betalen aan premie en eigen risico



voorgeschreven. Hierbij zitten ook zeer dure geneesmiddelen zoals de onlangs toegelaten middelen Orkambi tegen taaislijmziekte en Spinraza tegen de spierziekte spinale musculaire atrofie (SMA). Daarnaast zijn er de afgelopen jaren wijzigingen in het pakket doorgevoerd. Zo is in 2019 de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) toegevoegd aan het basispakket, is de vergoeding voor zittend ziekenvervoer ruimer geworden en worden oefentherapie bij COPD en logeervergoeding voor mensen die ver van huis worden behandeld, voortaan vergoed. Er is dus eerder sprake van een ‘aankleding’ van het basispakket dan van een ‘uitkleding’.

Misverstand 3:
Geld voor de zorg blijft aan de strijdstok van zorgverzekeraars hangen.

Het beeld bestaat dat zorgverzekeraars meer geld aan de zorg kunnen besteden, omdat ze geld op de plank laten liggen, bureaucratisch werken en hoge reclamekosten hebben. Het klopt dat zorgverzekeraars geld aanhouden als reserve, maar zij zijn hiertoe verplicht vanwege de geldende solvabiliteitseisen van de Nederlandsche Bank (DNB). Deze eisen zijn er niet voor niets: ze zijn er om de verzekerden te beschermen. Zorgverzekeraars werken efficiënter dan de oude ziekenfondsen. De bedrijfskosten

bedroegen in 2018 2,8 procent van de totale zorgkosten. Dat is 85 euro per volwassen verzekerde, terwijl dit in 2004 nog 96 euro was, waarbij het effect van de inflatie buiten beschouwing is gelaten. Slechts een relatief klein deel daarvan bestaat uit reclamekosten: 2,20 euro per volwassen verzekerde per jaar. Deze cijfers zijn openbaar en dus voor iedereen in te zien. Zo bevatten de jaarcijfers van zorgverzekeraars deze cijfers en staan ze ook in de openbare statistieken van de DNB vermeld. Daarnaast presenteren zorgverzekeraars de cijfers voor de basisverzekering op een begrijpelijke en uniforme wijze op hun website.

Toekomst

Hoewel er veel goed gaat, betekent dit niet dat ons huidige zorgstelsel af is. Binnen het huidige stelsel zal op een andere manier gewerkt moeten gaan worden om de uitdagingen die op ons af komen – zoals de schaarste aan personeel en de vergrijzing – het hoofd te bieden, en om zorg zinniger en gepaster te kunnen leveren. De komende jaren moeten we er samen aan werken dat de juiste zorg op de juiste plek wordt verleend. Het is goed om te zien dat deze visie leeft onder zorgverleners, zorgbestuurders en zorgverzekeraars. Met name de regio’s waar de personeelstekorten al voelbaar zijn of grote instellingen met een financiële noodzaak laten zien de zorg anders te organiseren: meer samenwerking tussen de eerste lijn en het sociaal domein, zorg buiten het ziekenhuis, geen standaardpolibezoeken: de voorbeelden wijzen de weg om de zorg ook in de toekomst organiseerbaar te houden.¹ ■

contact

m.reuser@minvws.nl
 cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoot en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.